This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

19.A.1896.1

Harvard Medical School
Library

Purchased

Purchased Ag 08

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
19.A.1896.1

No. I.

Einzelpreis Mk. 1,—. Eine Serie, (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1.

Aphasie und Geisteskrankheit

von

Dr. med. Karl Heilbronner

Assistenzarzt an der Königl. Psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1896.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Es ist allseitig anerkannt, nicht zum wenigsten von den Vertretern des Faches selbst, dass die Psychiatrie hinter den Schwesterdisziplinen der anderen klinischen Fächer zurückgeblieben und als klinische Disziplin eigentlich erst zu begründen ist. Alle Diejenigen, welche als den aussichtsvollsten Weg dazu die Anlehnung an das verwandte Gebiet der sogenannten organischen Gehirnkrankheiten betrachten oder welche auch nur teilnehmen wollen an den greifbaren Erfolgen dieser Forschungsrichtung, sollen in den psychiatrischen Abhandlungen einen Sammelpunkt für diese Bestrebungen finden. Bei der bekannten Stellungnahme des Herausgebers zu diesen Fragen genügt sein Name, um die Tendenz dieses neuen Unternehmens zu kennzeichnen.

Es sind nicht im eigentlichen Sinne populäre Arbeiten, die hier geboten werden sollen, wohl aber Arbeiten einer ganz bestimmten Tendenz, die auch dem weiteren Leserkreise der inneren Mediziner und Neurologen willkommen sein werden.

Die Abhandlungen werden in zwanglosen Heften in ungefähr gleichem Umfange des ersten (2 Bogen) oder entsprechend stärkeren Doppelheften erscheinen und sollen je 15 eine Serie bilden. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt **Mk. 1,—**, der Subscriptionspreis für die Serie **Mk. 11,25.**

Die Verlagshandlung.

Aphasie und Geisteskrankheit

von

Dr. med. Karl Heilbronner

Assistenzarzt an der Königl. Psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1896.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Aphasie und Geisteskrankheit.

Der Kranke, über den ich im Nachfolgenden ausführlicher zu berichten gedenke, ist bereits mehrfach Gegenstand von Publikationen und Demonstrationen gewesen. Zunächst war er der Versammlung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 25. November 1889 von Wernicke vorgestellt worden;*) weiteren Kreisen bekannt wurde der Kranke durch Wernicke's Vortrag: Aphasie und Geisteskrankheit,**) auf den ich noch wiederholt zurückkommen werde und dessen Inhalt ich wohl als bekannt voraussetzen darf. Zur Demonstration einer Reihe neukonstatierter Symptome wurde Pat. am 4. Mai 1894 der med. Sektion der Schles. Gesellschaft für Vaterländische Kultur wieder von Wernicke vorgestellt;***) endlich hatte ich am 23. Februar 1895 Gelegenheit, den Kranken wieder in wesentlich verändertem Zustande der 67. Versammlung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu demonstrieren. Da eine ausführliche und zusammenhängende Darstellung des gesamten Krankheitsverlaufes bis jetzt nicht vorliegt, die wichtigen später erhobenen Befunde aber eine Darstellung überhaupt noch nicht gefunden haben, darf die nachfolgende Schilderung wohl einiges Interesse beanspruchen.

Der Kranke ist ein jetzt (1896) 54 Jahre alter Tischlermeister, der seit 1885 psychisch gestört, vom Dezember 1887 bis 13. März 1890 in der psychiatr. Klinik zu Breslau behandelt und dann gebessert entlassen worden war. Indem ich bezüglich des Verlaufs der Psychose, an der Pat. litt, auf den obenerwähnten Vortrag über Aphasie und

*) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, S. 169.

**) Verhandlungen des IX. Kongr. f. innere Medicin, S. 273 und Deutsche med. W. Schr. 1890. S. 445.

***) cf. Sitz. Ber. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Deutsch. med. W. Schr. 1895. No. 11.

Geisteskrankheit verweise, will ich hier nur das Wesentlichste von dem wiedergeben, was bald nach der Entlassung und, wie ich hier vorgreifend bemerken will, längere Zeit nachher unverändert konstatiert werden konnte. „Der Kranke war der artikulierten Sprache verlustig gegangen, das Gebrechen, an dem er litt, musste als motorische Aphasie bezeichnet werden"; zugleich war ihm „noch eine andere Reihe von Bewegungen der gleichen Muskulatur verloren gegangen, ohne dass doch eine Lähmung im gewöhnlichen Sinne vorlag. Der Kranke konnte nicht willkürlich durch den Mund expirieren, er konnte kein Licht ausblasen, noch weniger pfeifen. Die Backen aufzublasen gelang ihm nur unter Schwierigkeiten dann, wenn man ihm die Nasenöffnungen zuhielt. Er konnte nicht ausspucken; andererseits schien er auch die Saugbewegung verlernt zu haben, denn beim Trinken musste er das Glas weit in den Mund hineinstecken und dann ausgiessen. Er konnte auch die Zunge nicht willkürlich bewegen, bediente sich aber derselben beim Schlingen und Kauen in normaler Weise, während doch gerade hierbei die Zungenbewegungen unentbehrlich sind."*) Die geschilderten Bewegungsdefekte waren, wie schon erwähnt, im Anschlusse an eine Geisteskrankheit von nahezu vierjähriger Dauer aufgetreten, deren Hauptsymptome lange Zeit in Mutacismus und Verbigeration bestanden hatten. Gerade mit Rücksicht auf diese ungewöhnliche Entstehungsweise wurden die Symptome einheitlich als dem Gebiete der „transkortikalen Lähmungen" zugehörig gedeutet. Der Kranke blieb auch nach seiner Entlassung in fortdauernder Beobachtung der psychiatrischen Klinik: er verdiente seinen Lebensunterhalt wie früher als Tischler; die Bewegungsdefekte blieben zunächst unverändert; es liessen sich sogar noch eine Reihe früher nicht beobachteter Störungen konstatieren. Pat. vermochte keine Schnüffelbewegungen auszuführen: wurden ihm riechende Gegenstände vorgehalten, so expirierte er stossweise durch die Nase statt zu inspirieren; er vermochte auch nicht den Rauch einer Cigarre zu aspirieren; statt dessen blies Pat. — der merkwürdigerweise leidenschaftlicher Raucher blieb — expiratorisch durch die Cigarre oder Pfeife hindurch, die er auf diese Weise geschickt in Brand zu halten wusste. Beim Gehen hielt sich Pat. dauernd stark nach rechts gekrümmt, zog den rechten Fuss nach, doch unterschied sich sein Gang sehr wohl von dem eines Hemiplegikers, wie auch

*) Wernicke, D. med. W. Schr. 1890. S. 445.

niemals Symptome einer halbseitigen Lähmung konstatiert werden konnten. Im Zeigefinger der rechten Hand waren unausgesetzt rythmische Streck- und Beuge-Bewegungen zu beobachten, die sich ca. 200 mal in der Minute wiederholten und von dem Pat. nicht willkürlich sistiert werden konnten. Im übrigen war die Hand zu allen auch feineren Bewegungen brauchbar und war auch durch die Bewegungen des Zeigefingers — die im Momente stärkerer Inanspruchnahme der Hand, namentlich beim Schreiben, etwas nachzulassen schienen — nicht behindert.

Als Ersatz der ausgefallenen Lautsprache hatte sich Pat. ohne specielle Nachhilfe eine Geberdensprache zurechtgelegt, mit deren Hilfe es nach kurzer Beobachtung ohne weiteres gelang, sich mit Pat. zu verständigen — leichter als durch die Schriftsprache, die zwar nicht ausgefallen war, aber doch — in später zu schildernder Weise — erheblich mehr beschränkt schien, als in der letzten Zeit seines ersten Aufenthaltes in der Klinik.*) Mit grosser Geschicklichkeit bezeichnete er nicht nur Personen und Gegenstände, sondern auch Thätigkeiten mit einfachsten und, was nicht unwichtig erscheint, stets gleich bleibenden Gesten, die ein wesentliches fast stets auf optischem Gebiete liegendes Kennzeichen andeuteten. So bezeichnete er die ihm bekannten Ärzte der Klinik durch Heben der Hand bis zur ungefähren Höhe des betreffenden und Umzeichnung der Bartform, den Oberwärter der Klinik durch zweimaliges Betupfen des Rockkragens, als Erinnerung an die 2 Sternchen, die dessen Auszeichnung bilden, in ähnlicher Weise einen Wärter, der nur einen Stern trägt, durch einmaliges Betupfen; seine Frau bezeichnete er, indem er an seinen Beinen die Konturen einer Schürze umzeichnete, einen Schutzmann durch Heben des ausgestreckten Zeigefingers über den Kopf und eine streifende Bewegung entlang der linken Seite des Körpers — als Versinnbildlichung der Pickelhaube und des Säbels; eine Ziege deutete er an durch Aufsetzen der gebogenen Finger auf den Kopf, Fische durch schlängelnde Bewegungen der Finger, Wasser durch Schwimmbewegungen; das Schlafen wurde dargestellt durch Nachahmung einer schlafenden Stellung mit auf die Hand gedrücktem Ohre, das Sterben durch Hintenüberneigen des Kopfes und Schliessen der Augen; der Begriff des Arbeitens wurde dargestellt durch Hobelbewegungen, auch für die

*) cf. Wernicke l. c. S. 275.

Berufsarten seiner Söhne — Schneider und Kellner — hatte er ganz prägnante Bezeichnungen. Sehr interessant war es, dass diese Gesten, wenigstens teilweise, ganz bestimmten Klangbildern zu entsprechen schienen, wie folgende Beispiele zeigen: Pat. hatte eine Reihe typischer Gesten zur Bezeichnung unangenehmer körperlicher Empfindungen. Es war nun bisweilen recht schwierig, durch Suggestivfragen festzustellen, welcher Art diese Empfindungen waren. So wurde einmal eine ganze Reihe von Bezeichnungen (Stechen? Drücken? Krampfen? Pressen? und ähnliche) abgelehnt und erst auf die Frage: Ist es als ob sie etwas „packte", erfolgte eine befriedigte Zustimmung. Ein anderes Mal wurde nach verschiedenen Fehlversuchen festgestellt, dass Pat. das Gefühl als ein „zupfendes" bezeichnet haben wollte.

Als vollständiges Novum wurde im Frühjahre 1894 in wiederholten Untersuchungen festgestellt, dass neben der schon früher konstatierten motorischen Aphasie Symptome einer partiellen sensorischen Aphasie bestanden, ein Befund, der in der oben erwähnten Sitzung der Schles. Ges. f. vaterl. Kultur von Herrn Prof. Wernicke demonstriert wurde. Schon damals, vielleicht schon früher, litt Patient wieder an ganz bestimmten psycholischen Symptomen; er hatte vorübergehende Angstzustände, deutete auch sehr bezeichnend die Lokalisation der Angst am Herzen an, und hatte bisweilen schreckhafte und bedrohliche Gesichtshallucinationen, die er auf Suggestivfragen als Gesichter und Fratzen erklärte; häufig, aber nicht dauernd, war Patient deprimiert und äusserte pantomimisch den Wunsch zu sterben. Trotzdem war es möglich, den Patienten ohne besondere Aufsicht in der Familie zu belassen; erst Ende Dezember 1894 wurde die Verstimmung dauernd und am 11. Januar 1895 musste Pat. wieder in die Klinik aufgenommen werden. Soweit sich aus den Angaben der Angehörigen und von dem Kranken selbst eruieren liess, waren in der letzten Zeit auch Gehörshallucinationen aufgetreten, Schimpfworte, die er auf die Umgebung projicierte und die ihn zuletzt zur Bedrohung der Familienmitglieder veranlasst hatten. In der Klinik beruhigte sich Pat. bei Bettbehandlung bald; energischere Reaktionen auf die Hallucinationen wurden hier nicht beobachtet, doch blieb Patient dauernd, wenn auch nicht immer gleich intensiv, verstimmt, litt unter abnormen Empfindungen, Brennen auf der Brust, Zupfen am Halse, die er bisweilen als Machinationen von oben herab deutete, und bisweilen unter ängstlichen Vorstellungen betreffs seiner Familie; so zog er

einmal aus dem längeren Ausbleiben seiner jüngsten Tochter aus der Besuchsstunde den Schluss, dass diese gestorben sein müsse; er äusserte auch wiederholt den Wunsch, nun gleichfalls zu sterben.

Die übrigen Befunde werden an geeigneter Stelle des Berichtes über den Status bei der Demonstration vom Februar 1895, der der nachstehenden Darstellung zu Grunde gelegt ist, erwähnt werden.

Am 25. Januar überraschte Pat. den Arzt bei der Morgenvisite, indem er ihm plötzlich mit weitgeöffnetem Munde entgegentrat und ohne Aufforderung die Zunge zeigte; auf Befragen gab er pantomimisch zu verstehen, dass er ein wiederholtes Stossen im ganzen Körper verspürt und dann ganz plötzlich die Herrschaft über die Zunge wiedergewonnen habe. Pat. war sichtlich freudig erregt und versäumte nicht, seine wiedergewonnene Fähigkeit jedem ihm Begegnenden zu demonstrieren, was um so bemerkenswerter erscheint, als von Pat. trotz vielfacher dahingehender Suggestivfragen nie irgend welcher Aufschluss darüber zu erhalten gewesen war, ob er sich der bestehenden Defekte als solcher bewusst war, während die Frage, ob das Bestehen derselben etwa der Grund seiner Verstimmung sei, stets in unzweideutigster Weise verneint worden war. Eine sofort vorgenommene Untersuchung ergab, dass Pat. auf Auffordern jede verlangte Zungenbewegung machen konnte, dass er ferner ohne besondere Schwierigkeit ein vorgehaltenes brennendes Zündholz auspusten konnte; das Trinken geschah zunächst noch in der im vorgehenden geschilderten Weise, nachdem ihm aber der gewöhnliche Modus gezeigt worden war, prompt nach diesem; im Verlaufe der nächsten Tage traten noch gelegentlich Rückfälle in die Methode des Schüttens auf, seitdem aber trinkt Pat. in ganz normaler Weise; auch das Rauchen erlernte er alsbald in gewöhnlicher Weise; das Pfeifen erlernte Pat. trotz wiederholter Bemühungen nicht vollständig: er versteht den Mund zu spitzen und in kräftiger Weise durch die schmale Öffnung zu expirieren, ohne aber eigentliche pfeifende Töne zu produzieren; ob Pat. die — auch bei gesunden Menschen nicht ausnahmslos anzutreffende — Fertigkeit des Pfeifens früher besessen hat, ist nicht bekannt. Länger als die Bewegungsdefekte der Mundmuskulatur blieben diejenigen bestehen, welche Stamm und Extremitäten betrafen. Pat. schien zwar bald etwas freier zu gehen als vorher, aber es bedurfte längerer Zeit und namentlich methodischer, übrigens vom Pat. mit grosser Geduld betriebener Übungen — Vor- und Rückwärtsbewegungen des rechten Beines — bis die Gangstörung

ausgeglichen war; eine leise Andeutung der Störung in dem oben geschilderten Sinne war auch bei der Demonstration bei genauerer Beobachtung noch erkennbar. Die zuckenden Bewegungen des rechten Zeigefingers waren noch wenige Tage vor der Demonstration zu sehen, Pat. vermochte sie willkürlich nicht zu unterdrücken, zuletzt verschwanden auch diese. Eine am 21. Februar vorgenommene genaue Untersuchung, für deren Verwertbarkeit das Verständnis und die prompten Angaben des Pat. in hohem Masse zu statten kamen, ergab in Motilität und Sensibilität (inclusive Lage- resp. Bewegungsempfindung) keinerlei Störungen, insbesondere wurden die Praedilectionsgebiete der hemiplegischen Lähmung*) beiderseits intakt gefunden: ein sicherer Beweis, wenn es eines solchen noch bedurfte, dass die beobachtete Gangstörung nicht als eine hemiplegische im gewöhnlichen Sinne zu betrachten gewesen war.

Auffallend blieb aber noch lange Zeit nachher der wenig wechselvolle, stets leicht verstimmte Gesichtsausdruck und die Vorliebe des Pat. für gewisse Stellungen, die er immer wieder einnahm, wenn er sich selbst überlassen blieb. Oft sass er, die zusammengelegten Hände zwischen den Beinen verborgen, einsam auf einer Bank im Korridor oder er stand etwas zusammengekrümmt am Fenster.

Beide Symptome durften wohl zwanglos als Analoga der übrigen Motilitätsstörungen betrachtet werden; thatsächlich finden sich derartige Stellungsstereotypien auch fast ausnahmslos bei all' den Psychosen, in deren Verlauf es zu stärkerer Beteiligung der motorischen Sphäre gekommen ist.

Mit der Zeit schwanden beide Erscheinungen; der Gesichtsausdruck des Pat. wurde freier, die Mimik lebhafter; die Zeiten, in denen er unthätig und unbeweglich in den Ecken sitzend angetroffen wurde, wurden immer seltener; im Beginn des Sommers fing Pat. an sich zunächst mit kleinen Reparaturen, bald mit selbständigen Arbeiten in der Tischlerei der Klinik zu beschäftigen; während des ganzen Sommers arbeitete er ununterbrochen und fertigte ohne jede Beihilfe eine Reihe von Einrichtungsgegenständen für die Klinik. Ende September 1895 konnte Pat. wieder entlassen werden; er hat seine Thätigkeit als Tischlermeister wieder aufgenommen, arbeitet selbständig

*) cf. Wernicke: zur Kenntnis der cerebralen Hemiplegie. Ges. Abhandlungen S. 268 ff.

und vermag seine Familie zu ernähren; von Interesse ist die Angabe seiner Frau, dass er jetzt erheblich rascher und gewandter arbeite, als vor seiner 2. Aufnahme in die Anstalt, und dass dementsprechend auch der Ertrag seiner Arbeit sich gesteigert habe.

Die Lautsprache hatte sich nicht sofort mit den übrigen Bewegungen wieder eingestellt, doch erfüllte sich die Erwartung, dass dies bald geschehen würde noch am gleichen Tage; noch im Laufe des Vormittags begann Pat. zu sprechen. Die ersten Worte, die Namen seiner nächsten Angehörigen und einige Begrüssungsworte für den Arzt, waren ihm vorgesprochen worden, und er hatte sie langsam, Buchstaben für Buchstaben wiederholend nachsprechen gelernt. Dieser Modus schien zunächst konstant zu bleiben; Pat. musste durch buchstabierendes Nachsprechen jedes neue Wort erst sprechen lernen, was er aber so erlernt hatte, blieb gesicherter Besitz und man konnte oft beobachten, wie Pat. durch immer wiederholtes Aussprechen des Gelernten sich im Gebrauche seines Sprachorganes übte. Nach wenigen Tagen konnte aber mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass Pat. auch Worte gebrauchte, die er kurz vorher nicht gehört haben konnte, und die noch weniger vorbuchstabiert worden waren. Trotzdem behielt die Sprechweise des Pat. noch lange eine Reihe bemerkenswerter Eigentümlichkeiten. Pat. sprach gewöhnlich leise, fast tonlos, sehr langsam, als ob das Sprechen bewusste Schwierigkeiten machte; namentlich im Anfange erweckte es bisweilen den Anschein, als ob die Athemführung beim Sprechen nicht genügend geregelt sei. Eigentliche Artikulationsstörungen bestanden nicht; auch schwierige und ihm neu erscheinende Worte gab er beim Nachsprechen richtig wieder, eventuell verlangte er ein wiederholtes Vorsprechen; nie konnten paraphasische Symptome beobachtet werden.

Auf ausdrückliches Auffordern gelang es übrigens bald, den Pat. zu etwas lauterem Sprechen zu veranlassen; nach kurzer Zeit verfiel er dann stets wieder in die gewohnte Sprechweise; das laute Phonieren vorgesprochener Vokale geschah stets ohne Schwierigkeit; erst allmählich gewöhnte sich Pat. daran lauter zu sprechen, zumal als er in der Werkstätte zu arbeiten begann; noch jetzt spricht Pat. etwas gedehnt und singend, aber nicht mehr auffallend leise.

Dass dem Pat. das Sprechen noch Schwierigkeiten machte, ergab sich auch daraus, dass er noch längere Zeit — auch bei der Demonstration — seine selbstgeschaffene Gestensprache der Verständigung

durch die Lautsprache vorzog, und häufig die ihm seit Jahren geläufige Geste auch da gebrauchte, wo er auf spezielle Aufforderung ohne weiteres den bezeichnenden Ausdruck zu finden wusste. Diese Neigung, zur Gestensprache seine Zuflucht zu nehmen, hat sich erhalten; zum mindesten begleitet er das gesprochene Wort mit zahlreichen anderen Ausdrucksbewegungen, auch da, wo keinerlei Affekte eine derartige Verstärkung erklären.

Eine weitere Eigentümlichkeit in der Sprechweise des Pat. soll, trotzdem sie auf anderem Gebiete liegt, schon hier erwähnt werden. Patient sprach lange Zeit ausschliesslich in Anakoluthen. Er gebrauchte weder Deklination noch Konjugation, unterdrückte überhaupt die Endsilben fast ausnahmslos. Die kleinen Redeteile wurden, trotzdem ihre Bedeutung dem Pat. nicht fremd war, fast nie gebraucht, Adjektiv und Nomen wurden einfach nebeneinander gestellt, die Anordnung der Worte im Satze — wenn man das, was Pat. sprach, überhaupt als Satz bezeichnen will — entsprach nicht der gewohnten.

Die Sprechweise des Pat. ähnelte so den ersten sprachlichen Versuchen des Kindes, noch mehr vielleicht der eines Menschen, der ohne genügende grammatikalische Kenntnisse mit Hilfe einer Reihe auswendiggelernter Vokabeln in einer fremden Sprache einem Gedanken Ausdruck zu geben versucht. Dabei verstand Pat. recht wohl, durch Modifikation des Tonfalles, durch Verwendung eines bald fragenden, bald zweifelnden, bald verwunderten Tones den bestehenden Defekt einigermassen auszugleichen.

So erklärt er auf die Frage, wer ihm das zur Arbeit nötige Holz besorgt habe: „Anna, ich“ um anzudeuten, dass ihn seine Frau bei seinen Einkäufen begleitet habe; nach dem Datum seines Geburtstages gefragt, erklärt er: „Tag weiss; ich, Frieda“. Der kaum verständliche Inhalt seiner Antwort wurde durch anderweitige Erkundigung dahin klargestellt, dass er seinen Geburtstag am gleichen Tage mit seiner Tochter Frieda feiere. Um zu erklären, dass er nach Wochentag oder Datum stets seine Frau gefragt habe, sagt er nur: „Anna Tag sag“. Auf Fragen, die er nicht zu beantworten wusste, erklärte er des öfteren mit nicht misszuverstehenden Gesten: „Nein, Anna, Arbeit“, d. h. er wisse es nicht, wohl aber seine Frau, er selbst habe sich nur um seine Arbeit gekümmert, wie er überhaupt bezeichnender Weise sich seiner Thätigkeit und der Fürsorge für seine Familie, ebenso auch der Güte der von ihm gelieferten Arbeit gerne rühmte; auf die Frage,

an welchem Tage man nicht zu arbeiten pflege, erklärte er stolz: „Immer arbeit hab“. Eine Reihe ohne weiteres verständlicher Beispiele mögen die Sprechweise des Kranken weiter erläutern. Nachdem er Wein getrunken hatte, erklärte er: „Anna nicht geb, Kaffee trink“, auf die Frage, ob er eine Aprikose kenne: „Nicht seh, nicht kenn, nicht ess“; ein Klavier schilderte er mit den Worten: Mit die Finger darauf klopf, einen Handschuh in ähnlicher Weise: Finger anzieh, Hand.

Eine erhebliche Besserung in der Sprechweise des Pat. trat erst recht spät ein; noch bei der Entlassung bestand der geschilderte Typus ziemlich unverändert; ein vollständiger Ausgleich ist auch später nicht erfolgt; noch jetzt fallen seine Sätze durch die ungewöhnliche Stellung der einzelnen Satzteile auf; insbesondere aber verfährt er in Deklination und Konjugation recht willkürlich, setzt falsche Endsilben, konjugiert insbesondere fast alle „starken“ Verba nach der „schwachen“ Form, seine Rede wimmelt von „grammatikalischen Fehlern“; nur im Affekte erschien die Sprache auch vorher schon bisweilen um ein geringes fliessender und dann auch lauter, ohne dass aber der Grundtypus sich verändert hätte.

Die Prüfung des Lese- und Schreibvermögens ergab zunächst das gleiche Resultat, wie es nach der ersten Entlassung des Kranken festgestellt worden war.

Er war im Besitze des kleinen, geschriebenen deutschen Alphabetes. Die einzelnen Buchstaben desselben konnte er lesen und auf Geheiss schreiben, selbstverständlich auch abschreiben; von den grossen deutschen Buchstaben kannte er bei der ersten Untersuchung nur die mit den kleinen fast identisch aussehenden O, V, W, Z, sowie H, dessen neuerliche Erlernung sicher nachgewiesen werden konnte. Die lateinischen geschriebenen Buchstaben fehlten ebenfalls, soweit sie nicht an der Ähnlichkeit mit entsprechenden deutschen erkannt wurden, für die Pat. einen auffallend guten Blick dokumentierte, während ihm anderseits auch geringe Verschiedenheiten nicht entgingen. So verglich er „k“ und „t“, die ihm vorgeschrieben waren, mit dem k und t eines geschriebenen deutschen Alphabetes, das er während der Untersuchung zu diesem Zwecke zur Hand genommen hatte und erkundigte sich, ob er dieselben trotz der von ihm wohl erkannten kleinen Differenzen als identisch ansehen dürfe. Überhaupt folgte Pat. dieser wie anderen Untersuchungen mit geradezu ungewöhnlicher Intelligenz

war unermüdlich in Fragen, wo ihm etwas unverständlich war, und ermüdete auch bei stundenlanger Exploration niemals. Die kleinen Buchstaben des gedruckten deutschen Alphabetes waren ihm mit einigen wenigen Ausnahmen bekannt, doch fiel ihm das Lesen derselben offenbar schwerer als das der entsprechenden geschriebenen; die grossen fehlten.

Es wurde nun der Versuch gemacht, den Kranken die grossen deutschen Buchstaben wie auch die Buchstaben des lateinischen Alphabetes nachschreiben zu lassen. Schon bei den ersten derartigen Versuchen fiel auf, dass dies erstens unverhältnismässig rasch geschah, und dass sich Pat. dabei nicht absolut genau an das Vorgeschriebene hielt, sondern gewisse Details der Buchstaben veränderte. Besonders deutlich wurde dies, als die abzuschreibenden Buchstaben gross an die Wandtafel geschrieben wurden und Pat. den Auftrag erhielt, sie an einem Tische auf Papier zu schreiben, ohne das Vorbild vor Augen zu haben. Fast ausnahmslos genügte dem Pat. ein Blick auf dieses, um den betreffenden Buchstaben, dessen Bedeutung ihm, wie erwähnt, nicht klar war, fehlerlos aus dem Gedächtnis niederzuschreiben. Nur ausnahmsweise missrieth der eine oder andere, wobei Pat. bezeichnender Weise stets selbst bemerkte, dass er falsch geschrieben und nach einem zweiten Blicke auf das Vorbild den Fehler verbesserte. Es musste von Interesse sein zu erfahren, wie weit Pat. imstande war, Bilder nachzuzeichnen, von denen mit Sicherheit anzunehmen war, dass sie ihm fremd waren; dieser Versuch wurde zunächst mit Buchstaben des griechischen Alphabetes, dann mit willkürlich zusammengestellten geometrischen Figuren gemacht; auch diese wurden bei gleicher Versuchsanordnung wie vorher mit anerkennenswerter Sicherheit nachgezeichnet; trotzdem ergaben sich bedeutend mehr Fehler als vorher, auch war Pat. häufiger genötigt das Vorbild wiederholt in's Auge zu fassen. Es erscheint hier nicht unwichtig zu erwähnen, dass Pat. in seinem Berufe als Tischler im Zeichnen geübt war, und dass er noch kurz vor der Neuaufnahme in die Klinik gerne die Gelegenheit benützte, von neuen Tischlerarbeiten, die er sah, sich Zeichnungen zu eigenem späteren Gebrauche zu fertigen.

Die eben skizzierten Befunde wurden bei den ersten Untersuchungen erhoben; ca. 14 Tage nach Wiederkehr des Sprachvermögens war der Befund wesentlich anders: Pat. beherrschte die grossen und kleinen Buchstaben des gedruckten und geschriebenen deutschen

Alphabetes vollständig, die geschriebenen lateinischen zum grossen Teile. Zu danken hatte er diese Fortschritte z. T. den zahlreichen Untersuchungen, in deren Verlaufe er unermüdlich fragte und verglich, zum weitaus grössten Teile aber einem eifrigen Selbststudium, bei dem ihm gelegentlich Wärter oder verständige Mitkranke behilflich waren. Schon bei einer der ersten Untersuchungen hatte er sich vom Arzte eine vergleichende Zusammenstellung der verschiedenen Alphabete ausgebeten; sein Eifer und die Fortschritte wuchsen, als ihm eine Kinderfibel geschenkt wurde, deren Zweck er sofort begriff, und die er ohne weitere Aufforderung fleissig benützte. Die Raschheit, mit der Pat. sich die Buchstabenbilder einprägte, und die Sicherheit, mit der er sich bei Wiederholungen erinnerte, wann und bei welcher Gelegenheit ihm ein Buchstabe schon gezeigt worden war, war geradezu auffallend: der Neu- oder richtiger wohl Wiedererwerb der verschiedenen Alphabete nahm im ganzen höchstens einen Zeitraum von 3 Wochen in Anspruch.

Bei alledem blieb das Lesen in Zusammenhang noch längere Zeit sehr beeinträchtigt. Fliessend abzulesen und sofort zu erkennen vermochte Pat. nur ganz vereinzelte, ihm häufig vorgeschriebene und vertraute Worte, namentlich Namen. Im übrigen las er — gleichgiltig, ob ihm Gedrucktes oder Geschriebenes vorgelegt wurde — buchstabierend und zwar zunächst ohne jede Rücksichtnahme auf die Zusammengehörigkeit zweier oder mehrerer Buchstaben (ei, au, ieh). Auf wiederholtes Befragen vermochte er dieselben richtig zusammenzufassen und die Worte zusammenhängend zu lesen; was er so gelesen hatte, verstand er auch mit den später zu schildernden Einschränkungen. Die Fähigkeit, Sätze oder längere Schriftstücke mit Sinnverständnis zu lesen, war dementsprechend erheblich beschränkt, aber nicht aufgehoben; erst nach der Entlassung brachte er es so weit, dass er Verse im Gesangbuche und auf seinen Beruf bezügliche Stellen in der Zeitung zu lesen vermochte.

Ähnliche Schwierigkeiten wie das Lesen bot dem Pat. das Schreiben. Auch dies gelang nur bei den gleichen wohlbekannten Worten zusammenhängend. Das Abschreiben geschah bald — nachdem Pat. sich die Kenntnis aller nötigen Buchstaben erworben — fehlerlos aber mechanisch buchstabierend, wie Pat. selbst einmal erklärte (Buchstabe — wieder Buchstabe — Wort); auf diese Weise hatte Pat. schon im Februar 1895 ein aus seiner Fibel entnommenes

Abendgebet in Versen aus Druckschrift in deutsche Kurrentschrift übertragen, vollständig korrekt, mit Berücksichtigung der grossen Anfangsbuchstaben, der Interpunktionen und Zeilenanfänge; nach dem Inhalt des Abgeschriebenen gefragt, wusste er aber keine Auskunft zu geben; das Abschreiben hatte für ihn nur den Wert einer mechanischen Schreibeübung gehabt.

Ein eigentliches Spontanschreiben wurde bei Pat. zunächst nicht beobachtet; auch von Wiedergewinnung der Lautsprache hatte Pat. — wenigstens in letzter Zeit — nie den Versuch gemacht, seiner Gestensprache durch Schreiben nachzuhelfen. Hingegen gelang es Pat. ohne weiteres zum Schreiben auf Diktat eventuell auch zum Schreiben des Namens gezeigter Gegenstände zu veranlassen; das Resultat entsprach auch hier dem früher konstatierten Befund. Pat. schrieb, wenn er nicht ausdrücklich auf die Notwendigkeit eines grossen Anfangsbuchstabens aufmerksam gemacht wurde, alles mit kleinen Anfangsbuchstaben — auch zu einer Zeit, wo ihm das grosse Alphabet bereits ganz geläufig war. Ausserdem aber bildete, was er schrieb, nur die einfachste Wiedergabe des Lautbildes, d. h. er vernachlässigte die Dehnlaute, die Doppelbuchstaben, kurz alles, was die in der Schule erworbene Orthographie lehrt; thatsächlich konnte man beobachten, wie Pat. das zu schreibende Wort immer wieder Buchstaben um Buchstaben sich vorsprach und nach dem Klange ein Zeichen zum anderen fügte, ebenso wie er beim Abschreiben sich an den Buchstaben der Vorlage, wenn auch, wie oben erwähnt, nicht an die Form des Buchstabens zu halten pflegte.

Unter solchen Umständen erforderte begreiflicherweise das Schreiben jedes einzelnen Wortes einen unverhältnismässigen Zeitaufwand; doch ermüdete Pat. dabei sichtlich ebensowenig wie bei anderen Prüfungen.

Besonders komplizierte und erst nach wiederholter Untersuchung klargestellte Verhältnisse ergaben sich bezüglich des Lesens und Schreibens von Ziffern. Der Zahlbegriff wie auch das Operieren mit Zahlen (wenigstens das Addieren, während das Multiplizieren ebenso wie auch die Kenntnis des Einmaleins zunächst fehlten) waren dem Pat. nie verloren gegangen; so löste er gelegentlich einer Untersuchung im Mai 1894 die Aufgabe aus einer Reihe ungleicher Münzen eine bestimmte Wertsumme zusammenzustellen, auch war sein Notizbuch stets mit Zahlen angefüllt, die sich auf die anzufertigenden Tischlerarbeiten bezogen. Beim Schreiben derselben bediente er sich aber eines eigen-

tümlichen — auch bei anderen Kranken schon beobachteten — Kunstgriffes, über den er später nicht misszuverstehende Auskunft gab. War ihm zum Beispiel bei der Untersuchung die Aufgabe gestellt, die Länge einer Schulbank zu messen und aufzuschreiben, so legte er seinen Holzmassstab von 1 Meter Länge an und schlug für jeden vollen Meter, den er gemessen hatte, einen Finger der linken Hand ein. War die Bank bis auf einen Bruchteil durchmessen, der kleiner war als ein Meter, so zeichnete er für jeden eingeschlagenen Finger einen vertikalen Strich und schrieb diese Vertikalstriche unverbunden nebeneinanderstehend als Zähler eines Bruches, in dessen Nenner er wieder einen vertikalen Strich eintrug, so dass also z. B. $\frac{IIII}{I}$ für Pat. die Bedeutung von 5 Metern hatte; es ist ersichtlich, dass Gegenstände von mehr als 5 Meter Länge dem Pat. in seinem Berufe als Möbeltischler kaum vorkamen, so dass also zum Markieren die Finger einer Hand fast ausnahmslos hinreichten, ein Umstand, der jedenfalls der praktischen Verwertbarkeit des von Pat. benutzten Kunstgriffes sehr zu statten kam. Wurde nun an den Pat. das Verlangen gestellt, statt der einzelnen Striche die entsprechende Zahl zu schreiben, so zählte er wieder am Massstabe ebensoviele Teilstriche ab, als er Finger eingeschlagen resp. Striche gezogen hatte, und kopierte dann die entsprechende Ziffer am Massstabe. Der gleichen Methode bediente er sich, um den nach Abmessung der ganzen Meter verbleibenden Rest an Centimetern zu notieren. Er fixierte sich mit dem Daumen die betreffende Stelle am Massstab und kopierte die Zahl; diese wurde gleichfalls als Zähler eines Bruches geschrieben, der aber als Nenner zwei Vertikalstriche trug, so dass also Pat. eine Länge von 3.70 Meter in folgender Weise eintrug: $\frac{III}{I}\,\frac{70}{II}$. Beim Lesen von Zahlen nahm er gleichfalls den Massstab, den er stets in der Tasche zu tragen pflegte, zur Hand, suchte die entsprechende Figur auf demselben und zählte dann wieder mit Hilfe der Finger die Teilstriche ab. In der Folge lernte Pat. sehr bald wenigstens die Zahlen von 1—10 ohne besondere Hilfsmittel lesen und schreiben. Er hatte sich bald, um zu lernen, eine geschriebene Zahlenreihe ausgebeten und unter eifriger Wiederholung der Zahlenreihe und steter Zuhilfenahme der Finger Schrift- und Klangbild direkt identifizieren gelernt. Mehrstellige Zahlen zu lesen ist ihm erst später gelungen; die Kenntnis der römischen Ziffern fehlte. Beim Entziffern einer Uhr mit römischen Stundenzahlen war Pat. deshalb zunächst auf den gleichen Kunstgriff angewiesen, den er früher zum Lesen der Zahlen am Massstabe

verwandte: er zählte von I angefangen bis zu der Ziffer, in deren Nähe der Stundenzeiger stand, und fand so die Tagesstunde; weiter reichte seine Kenntnis der Uhr zunächst nicht, Minuten oder Teile von Stunden vermochte er nicht abzulesen. Auch diese beschränkte Fähigkeit hatte er übrigens erst in der Klinik wieder erworben; auf seinen eigenen Wunsch war er wenigstens soweit im Erkennen der Uhr unterrichtet worden. Später — erst nach der Entlassung — lernte er die Uhr vollständig entziffern. Früher war ihm zwar die Uhr als Gegenstand und ihrem Zwecke nach bekannt — er deutete nach der Uhr, wenn er die Stunde bestimmt haben wollte, um die er wieder zur Klinik kommen sollte — doch wusste er selbst sich auf der Uhr nicht zu orientieren und war in dieser Beziehung, wie in vielen anderen, auf die Mithilfe seiner Frau angewiesen.

Das hauptsächlichste Interesse wandte sich nun bei der Untersuchung dem Verhalten des sensorischen Teiles des Sprachvorganges zu, nachdem wiederholte Prüfungen, wie erwähnt, schon Anfangs des Jahres 1894 ergeben hatten, dass Pat. neben der motorischen Aphasie noch Symptome einer partiellen sensorischen Aphasie bot*). Dieser Befund fand später volle Bestätigung und eine wertvolle aber nicht unerwartete Erweiterung. Vorausgeschickt sei, dass die Hörfähigkeit des Kranken geschädigt ist; er ist auf dem rechten Ohre fast taub, links dürfte die Hörfähigkeit noch ca. $^1/_2$ der normalen betragen. Trotzdem ist der Verdacht, dass auch nur ein Teil der zu schildernden Erscheinungen der Verminderung des Hörvermögens zur Last zu legen sei, mit aller Sicherheit abzuweisen. Wenn nur, wie es bei allen Untersuchungen und auch bei der Demonstration geschah, darauf geachtet wird, zum Pat. von links her zu sprechen, so genügt seine Hörfähigkeit, um sich mit ihm wie mit jedem Normalhörenden zu verständigen; weder bei den zahlreichen Untersuchungen noch bei der Demonstration war überhaupt der Eindruck zu gewinnen, dass man es mit einem Schwerhörigen zu thun habe. Ohne spezielle daraufgerichtete Prüfung trat der bestehende Defekt kaum zu Tage: Pat. verstand jedenfalls die relativ spärlichen Fragen und Aufforderungen, die für gewöhnlich an ihn herantraten.

Im folgenden sei der ursprüngliche Befund auf sensorischem Gebiete, wie er sich, abgesehen von den später zu besprechenden Neu- resp. Wiedererwerbungen, noch im Februar 1895 darstellte, skizziert.

*) cf. Bericht über die Schles. Gesellschaft für vaterl. Kultur. Wernicke, D. med. W. Schr. 1895. No. 11.

Pat. kannte die Namen der meisten Körperteile; er konnte die ihm genannten Teile zeigen und gezeigte benennen; überhaupt gingen diese beiden Fähigkeiten nach Ablauf der ersten Tage seit Wiedergewinnung der Lautsprache fast stets parallel; nur selten geschah es, dass Pat. ein Wort, das er spontan nicht zu sagen vermochte, als richtig erkannte, wenn es ihm — natürlich zur Kontrolle stets unter einer Reihe von unzutreffenden — genannt wurde. Als erhalten liessen sich konstatieren die Worte: Zehe, Knöchel, Ferse, Knie, Schulter, Auge, Schlund, Zahn, Herz, Magen, Ellbogen, Achsel. Dagegen fehlten Kehlkopf, wovon ihm nur „Kopf" bekannt erschien, Lider, Wimpern, Leber, Milz, Darm, ebenso die Namen der einzelnen Finger; „Wade" erschien ihm bekannt, doch zeigte er als solche die Dorsalfläche des Oberschenkels, von Schienbein erkannte er nur Bein als bekannt.

Die Werkzeuge und Materialien, die er in seiner Thätigkeit brauchte, kannte er gleichfalls zum grossen Teile dem Namen nach, so: Hammer, Säge, Bohrer, Meissel, Hobelbank, Schraube, Zwinge, Holz, Brett, Leiste, Nagel. Dagegen fehlten die Worte Pflock, Klotz, Beisszange, Stahl. Sehr auffallend war, dass die Namen aller Holzarten fehlten: Eiche, Buche, Ahorn, Tanne, Fichte, Föhre, Esche. Dabei liess sich leicht konstatieren, dass er für die Verschiedenheiten der Holzarten volles Verständnis besass. Holzproben, die ihm gereicht wurden, prüfte er mit Verständnis auf Härte und Faserung, gab z. T. auch pantomimisch an, zu welchem Zwecke die einzelnen vorzugsweise Verwendung finden und identifizierte nach Vorlegung einer Reihe von Holzgegenständen die zusammengehörigen Holzarten; er gab selbst an, er „sehe", aber er könne es nicht sagen. Dass er die Holzarten kannte, geht übrigens auch daraus hervor, dass er die Holzeinkäufe stets selbst besorgte in Begleitung seiner Frau, die die Verhandlungen mit dem Verkäufer zu führen hatte. Einrichtungsgegenstände vermochte er zum grossen Teile zu benennen, dagegen war ihm die Bezeichnung Buffet fremd, trotzdem er noch in jüngster Zeit zwei derartige Möbelstücke gefertigt hatte. Von Speisen und Getränken, wie sie ihm täglich vorgesetzt wurden, benannte er einen grossen Teil richtig: Käse, Wurst, Fleisch, Brod, Kuchen, Apfel, Milch, Bier, Sauce, Suppe, Salz, Zucker, dagegen fehlten die Ausdrücke: Obst, Kompot, Rüben, Pfeffer, Senf, sowie sehr viele spezielle Bezeichnungen bestimmter Nahrungsmittel resp. Speisen, wovon später noch die Rede sein wird.

Im folgenden sei noch eine Reihe von Worten aufgezählt, die er nicht kannte resp. nicht zu sagen wusste, wenn er die entsprechenden Gegenstände benennen sollte. Garn, Seide, Kattun, Schwefel, Blech, Schwamm, Kork, Pfropf, Klavier, Kalender, Handschuh, Zeitung, Kragen, Kravatte, Shlips, Helm, Cylinder, Degen, Peitsche, Koffer, Bügeleisen, Pfanne, Mühle, Trichter, Torte, Vorhang, Karren, Käfig, Strumpf, Bouquet, Schiff, Blatt, Leuchter, Reibeisen. Die betreffenden Gegenstände wurden Pat. teils in natura, teils in Abbildungen gezeigt; die Resultate wurden dadurch nicht verändert. Ebensowenig kam es vor, dass Pat. einen Gegenstand, dessen Namen er bei blosser Besichtigung nicht fand, von einem anderen Sinnesgebiete aus, etwa durch Betasten, fand. Dass er die Gegenstände als solche erkannt hatte, dokumentierte er z. T. nach der gewöhnlichen Art Aphasischer durch Umschreibungen. So erklärte er vor ein Klavier gestellt: „mit die Finger, darauf klopf", bei einem Handschuhe: „Finger, anzieh, Hand", beim Anblick eines Schiffes: „auf Wasser", bei einem Schwamm: „Tafel abwisch" u. s. w., im übrigen beschränkte er sich auf Gesten, mit denen er die Verwendungsweise der Gegenstände andeutete.

Paraphasische Erscheinungen wurden auch bei diesen Untersuchungen nicht beobachtet: Pat. bezeichnete Objekte, die er kannte, nie mit unzutreffenden Namen; wusste er den Namen nicht zu finden, so gab er dies, ohne zu raten, stets präzis an mit der stereotypen Antwort: „Weiss nicht". Dass Pat. statt der naheliegenden eigentlichen Bezeichnung bisweilen den Gattungsnamen nannte (z. B. Rose, Veilchen u. s. w. einfach als Blume bezeichnete), hat andere Gründe, wie später zu erörtern sein wird. Ebenso wusste Pat., wenn ihm ein Wort genannt wurde, stets sofort anzugeben, ob es ihm bekannt erschien oder nicht. Die gewöhnliche Antwort in letzteren Fällen war: „Nicht hört", oder „nie hört". Dagegen liess sich bei öfteren Untersuchungen konstatieren, dass eine Reihe von Worten dem Pat. dem Klange nach als bekannt erschienen, während er deren Bedeutung nicht kannte; solche Worte hatten also für Pat. den Wert öfter vernommener und dem Wortklange nach haftender aber unverstandener Ausdrücke einer fremden Sprache. In erster Linie handelte es sich dabei um Worte, die dem Pat. im Laufe der Untersuchungen — auch an verschiedenen Tagen — wiederholt vorgelegt aber ihrer Bedeutung nach nicht erklärt worden waren; mit erstaunlicher Sicherheit wusste Pat. in solchen Fällen anzugeben, wo und wann ihm das betreffende Wort schon vorgelegt

worden war; bei der Demonstration gelang es, das Symptom sehr anschaulich zu demonstrieren; als dem Pat. aus den Untersuchungsprotokollen eine Reihe der früher genannten ihm zunächst ganz fremden Worte vorgelesen wurden, verstand er zwar die Bedeutung derselben nicht, wusste aber sehr wohl, dass sie ihm früher schon gesagt worden waren. Später erklärte Pat. selbst, dass ihm auch von früherer Zeit her manches Wort bekannt erscheine, dessen Bedeutung er nicht verstehe; er fügte daran die charakteristische Äusserung: „Viel sprech hör, aber nicht versteh, Anna (seine Frau) auch viel sprech hab und ich nicht versteh hab, ich doch nicht hab sprech könn und nicht hab frag könn".

Der Ausfall beschränkte sich nun nicht auf die Bezeichnungen für konkrete Gegenstände, überhaupt nicht auf Substantiva. Von einer willkürlich ausgewählten Reihe von Zeitworten war ihm ein Teil bekannt; ihre Bedeutung erklärte er, wie oben geschildert, teils durch Umschreibungen, teils durch Gesten. So fanden sich bei einer Untersuchungsreihe erhalten die Worte: singen, lachen, weinen, husten, niesen, springen, schreien, essen, trinken, schmecken, rennen, steigen, fliegen, schwimmen, schlagen, denken, leuchten, kochen, rauschen, bellen, stossen, rechnen, ziehen, stampfen, regnen, schneien, rollen, heben, brechen, trennen, betrachten; dagegen fehlten: reiten, tanzen, klettern, zappeln, hüpfen, schielen, schauen, sieden, sprudeln, meckern, wiehern, blitzen, donnern, senken, verdunsten, verzehren, stören, zerstören, vereinigen, beobachten.

Unter den Adjektiven liess sich ebenso eine bestimmte Zahl bekannter, von einer anderen Anzahl ihm — sei es nur der Bedeutung, sei es auch dem Klange nach fremder — trennen. Als bekannt erklärte er: schön, hässlich, gut, schlecht, alt, jung, süss, sauer, breit, schmal, neu, traurig, lustig, hoch, tief, niedrig, hübsch, hell, dunkel, sauber, schmutzig, als unbekannt dagegen: schmackhaft, herrlich, prächtig, geschickt, dumm, gescheidt, gemein, edel, nett, klar, trüb, angenehm, schrecklich, entsetzlich.

Weit grösser als unter den bis jetzt erwähnten Wortklassen — Objektnamen, Zeitwörter und Eigenschaftswörter — stellte sich der Ausfall dar, wo es sich um allgemeine Begriffsbestimmungen oder um Abstrakte handelte. Es konnte a priori nicht von dem Patienten verlangt werden, dass er von solchen Worten etwa Definitionen gebe; trotzdem wusste er auch hier, wenn er das Wort verstand, sehr wohl dem Ausdruck zu geben; so erklärte er Gebet, indem er die Hände

faltete, Feiertag mit den Worten: „Sonntag, Anna nicht arbeit lass“, Besuch mit den Worten: „Anna komm“; in ähnlicher Weise gab er sein Verständnis für die Ausdrücke: Freude, Gedächtnis, Lehre, Lied, Ton kund. Als fehlend ergaben sich dagegen die Ausdrücke: Krieg, Schlacht, Regiment, Staat, Tugend, Frömmigkeit, Strafe, Belohnung, Hölle, Religion, Glaube, Ostern, Pfingsten, Vergnügen, Ehe, Heirat, Gesang, Musik.

Wie weit bei Pat. die entsprechenden abstrakten Begriffe erhalten waren, d. h. wie weit er zugehörige Vorstellungen besass, auch wo ihm der sprachliche Ausdruck nicht mehr geläufig war, entzog sich einer einwandsfreien klinischen Feststellung im einzelnen Fall; mit grosser Wahrscheinlichkeit war in einem Teile der Fälle mit dem Worte der Gesamtbegriff verloren, während in einem anderen Teile wenigstens gewisse zugehörige Einzelvorstellungen erhalten waren. So wusste Pat., dass er „eine Frau habe“, während ihm „Ehe“ und „Heirat“, wie erwähnt, fremd waren; er konnte zwischen guten und bösen Menschen unterscheiden, während ihm der Ausdruck Tugend fehlte.

Mit Sicherheit liess sich dagegen der Ausfall der dem Lautbilde zugehörigen Begriffe für eine grosse Reihe von konkreten Gegenständen feststellen.

Zunächst wurden dem Kranken eine Reihe von Gegenständen teils in natura, teils in Abbildungen gezeigt; das Resultat der Prüfung gab Aufschluss darüber, ob das optische Erinnerungsbild des Gegenstandes erhalten war. In welcher Weise Pat. sein Verständnis für das Vorgezeigte äusserte, ist schon erwähnt; die früher erwähnten Gegenstände gehören alle in die Gruppe der dem Pat. bekannten. Eine grosse Reihe von Gegenständen aber vermochte er beim Vorzeigen nicht zu identifizieren. Eine Glocke erklärte er, auch nachdem sie ihm von aussen und innen genau gezeigt worden war, als einen ihm vollständig fremden Gegenstand; beim Bilde einer Mausefalle erklärte er mit Bestimmtheit, nie dergleichen gesehen zu haben; als vor seinen Augen Spiritus, den er beim Ansehen als Wasser erklärt hatte, entzündet wurde, äusserte er grosses Erstaunen, und rief immer wieder: „brenne, brenne“, ja er suchte sich durch vorsichtige Annäherung des Fingers Gewissheit zu verschaffen, ob er hier thatsächlich eine Flamme vor sich habe; ebenso fremd erschienen dem Pat. eine Geige, ein Stiefelknöpfer, eine Stange Siegellack, ein paar Sporen, ein Blasebalg, eine Schalenwage, ein Kalender, eine Dattel, eine Feige, ungekochter Reis, Graupen- und

Gerstenkörner, ein Frosch, ein Krebs. Ein Versuch, Pat. die betreffenden Gegenstände betasten zu lassen, förderte kein anderes Resultat zu Tage; was er vom Ansehen nicht kannte, blieb ihm auch beim Betasten fremd; ebensowenig vermochten andere Sinnesgebiete ergänzend einzutreten. Der Klang der Glocke, das Streichen der Geige, der Geruch des denaturierten Spiritus, der Geschmack von Wein, von Datteln und Feigen vermochten nicht die Erinnerung an die entsprechenden Objekte wachzurufen — der Begriff derselben war verloren.

Dieser Ausfall des Gesamtbegriffes bildete aber immerhin nicht die Regel: in der Mehrzahl der Fälle fand Pat. an den vorgezeigten Gegenständen eine oder mehrere bekannte Eigenschaften, nach denen er sie wenigstens als einer gewissen Gattung zugehörig erkannte. Es wurden ihm eine Reihe von Vögeln gezeigt: er erkannte nur Gänse und Hühner, die er zwar nicht zu benennen wusste, aber durch Andeutung charakteristischer Eigentümlichkeiten sofort als ihm vertraut kennzeichnete: die ersteren, indem er mit den Händen Schwimmbewegungen machte, die letzteren, indem er mit dem Finger das Picken nachahmte. Von anderen Vögeln: Tauben, Storch, Kanarienvogel, Rebhühner, Eule, Schwalbe wusste er weiter nichts, als dass es Vögel seien; weder den Namen noch irgend welche bezeichnende Eigenschaften vermochte er anzugeben; einen Papagei, der zusammengekauert auf einer Stange sitzend gezeichnet war, wollte er überhaupt nicht als Vogel anerkennen; er gab sich zuletzt sichtlich Mühe, Ähnlichkeiten zwischen den ihm bekannten Vögeln und dem Bilde des Papageis zu finden, aber das Übereinstimmende war zu wenig, die Verschiedenheiten zu zahlreich, wie er mit lebhaften Gesten erklärte, um ihn zur Anerkennung der Zusammengehörigkeit zu veranlassen. Andrerseits bezeichnete er einen Schwan als Gans; auf den Irrtum aufmerksam gemacht und aufgefordert, das Unterscheidende zu suchen, deutete er prompt auf den langen Hals des Schwanes, erklärte aber dann, ein derartiges Tier sei ihm fremd, wie er auch das Wort Schwan nicht kannte. Verschiedene Blumen — Nelken, Veilchen, Maiglöckchen, Stiefmütterchen, Rosen — bezeichnete er ebenfalls einfach als Blumen; die Namen erschienen ihm fremd, er vermochte keine bezeichnenden Eigenschaften der einzelnen Arten anzudeuten und vermochte insbesondere nicht, die einzelnen, wenn sie ihm in natura vorgelegt wurden, nach ihrem Geruche zu unterscheiden. Von Säugetieren kannte er — auch dem Worte nach — Hund, Pferd, Ziege. Fremdartige

Tiere — Kameel und Elefant — erklärte er überhaupt nicht zu kennen; auf spezielle Aufforderung identifizierte er sie wenigstens als Tiere, indem er auf ihre vier Beine wies. Andere Tierarten versuchte er auf Grund irgend welcher Ähnlichkeiten unter den ihm geläufigen zu rubrizieren, doch kam es nicht zu eigentlichen Verwechslungen; oft spontan, immer auf Befragen wusste er die unterscheidenden Merkmale anzugeben; so meinte er beim Bilde eines Esels fragend: Pferd? wies aber dabei zweifelnd auf die langen Ohren desselben; ein Hirsch erschien ihm zunächst ganz fremd, dann war er geneigt ihn als Ziege zu bezeichnen, indem er das Geweih des Hirsches mit den Hörnern der Ziege verglich. Eine Katze wurde ohne weiteres als Hund bezeichnet; der Begriff der Katze war offenbar ganz verloren.

In ähnlicher Weise bezeichnete er eine Reitpeitsche als Stock; die angesetzte Schnur erschien ihm zwar auffallend, vermochte ihn aber über den Zweck des Gegenstandes nicht aufzuklären, den er auch nach entsprechender Erklärung nie gesehen zu haben behauptete; eine Apfelsine bezeichnete er als Apfel; Farbe und Geruch erschienen ihm zwar ungewöhnlich, doch konnte er sich nicht erinnern, schon dergleichen gesehen zu haben.

Vielfach bemühte sich Pat., wenn ihm ein Gegenstand fremd erschien, wenigstens das Material anzugeben, aus dem er gefertigt war: so bezeichnete er eine Zeitung als Papier, ein Paar Sporen als Eisen. Überhaupt folgte er gerade derartigen Untersuchungen mit grossem Interesse, suchte überall Beziehungen und Anknüpfungspunkte an ihm Bekanntes und verabsäumte insbesondere nie, wenn ihm fremde Dinge gezeigt wurden, nach Zweck und Namen zu fragen.

Auf diese Weise hat Pat. auch thatsächlich in verhältnismässig kurzer Zeit recht vieles neu- oder wiedererworben; es kam kaum vor, dass er, was ihm einmal gesagt und gezeigt worden war, bei einer wiederholten Prüfung wieder vergessen hätte. Einen unbeabsichtigten Beweis seiner Leistungsfähigkeit lieferte Pat. bei der Demonstration: Eine ziemlich grosse Anzahl der verschiedensten Gegenstände, die er bei einer Vorprüfung nicht gekannt hatte und deren Zweck ihm nicht erklärt worden war, waren zum Zweck der Demonstration bereitgestellt worden; bei dieser wusste sie Pat. fast ausnahmslos nach Namen und Zweck zu bezeichnen; wie er selbst angab, waren ihm in der kurzen Zeit, die er im Wartezimmer zubrachte, die aufgestellten Gegenstände erklärt worden und auf Grund dieser einmaligen Unterweisung

vermochte Pat. dann die sämtlichen gezeigten Gegenstände ohne Verwechslung zu benennen und ihren Zweck zu erklären.

Dabei ist aber eine Erscheinung, die auch bei der Demonstration zu Tage trat, bemerkenswert: seine Bekanntschaft mit diesen neu gewonnenen Begriffen beschränkte sich auf das, was ihm thatsächlich davon gezeigt oder darüber gesagt worden war: Der Frosch blieb für ihn ein Tier, das an der bestimmten Stelle einer bestimmten Seite des Bilderbuches grün gezeichnet zu sehen war, und von dem ihm gesagt worden war, dass er hüpfe; die Glocke war für ihn nur jene kleine Handklingel, der der Arzt durch Schütteln einen hellen Ton entlockt hatte, als Wage kannte er nur die Stuhlwage, auf die er sich bei der wöchentlichen Wägung zu setzen hatte (eine Schalenwage wollte er deshalb nicht als Wage gelten lassen, weil man sich „nicht darauf setzen" könne); ebenso hatten die neuen Worte für Pat. keinen anderen Inhalt als das, was man ihm zur Erklärung gesagt hatte; die Hölle war für ihn nur „der ferne Ort, wo die Bösen hinkommen", Gott „der Vater im Himmel", wie ihm ein Mitpatient erläutert hatte. So gehörte zu den wesentlichsten Teilerinnerungsbildern seiner neuen Begriffe immer die Person dessen, der sie ihm erklärt hatte, oder der Ort und die Umstände, unter denen er sie kennen gelernt; sie erwähnte er stets in erster Linie bei den betreffenden Nachprüfungen. Dass er früher schon Ähnliches gesehen, das gleiche Wort schon gehört, wurde immer wieder mit grösster Entschiedenheit negiert; nach dem subjektiven Empfinden des Pat. — darüber kann kein Zweifel bestehen — handelte es sich um vollständigen Neuerwerb, nicht um Wiedererwerb von früher Besessenem. Sehr deutlich trat dies zu Tage, als Pat. zunächst wiederholt für kürzere Zeit aus der Klinik beurlaubt, dann definitiv entlassen wurde. Jeder Spaziergang in der Stadt zeigte ihm eine Reihe von Dingen, die er nie gesehen zu haben glaubte, für die er aber das lebhafteste Interesse bekundete, die er sich von seiner Frau oder seinen Kindern erklären liess, und von denen er mit Staunen erzählte, wenn er heimkehrte; sein Schatz an Worten wie an Begriffen wuchs, zumal nach der Entlassung, sehr rasch, trotzdem fehlt ihm noch jetzt — 7 Monate nach der Entlassung — vieles aus beiden Kategorien, und noch heute weiss er für alle bedeutungsvolleren Dinge anzugeben, wie er wieder zu ihrer Kenntnis gekommen ist.

Dies führt zu einer letzten Reihe von Symptomen, die bei Pat. zu konstatieren waren. Es fehlten und fehlen ihm nicht nur eine grosse

Menge einfacher Begriffe, wie im vorigen konstatiert, sondern es ist ihm auch ein grosser, ja der grösste Teil seiner persönlichen Erinnerungen verloren gegangen. Er weiss nichts mehr von seiner eigenen Jugend. Er versteht es zwar sehr wohl, wenn ihm gesagt wird, dass er nicht immer ein erwachsener Mann gewesen sein könne, aber er kann sich nicht erinnern, dass er einmal als Kind im Elternhause gelebt hat; er weiss nichts mehr davon, dass er Lehrling und Geselle wurde; er weiss, dass er eine Frau hat, an der er sogar mit grosser Liebe hängt, aber er kann sich nicht erinnern, dass er geheiratet hat; er weiss wie viele Kinder er hat, ist über das Ergehen derselben orientiert, aber er kann sich nicht erinnern, wann sie zur Welt kamen. Seine Schulkenntnisse sind bis auf das Lesen und Schreiben, das er zum grossen Teile (s. ob.) erst wieder erlernen musste, verloren gegangen; er weiss über geographische Verhältnisse keine Auskunft zu geben, kennt keinen Flussnamen, weiss nichts von einer Provinz Schlesien; politische Verhältnisse sind ihm fremd, er weiss auf die Frage, wer der Kaiser sei, nur anzugeben, dass er zu Hause drei Kaiserbilder an der Wand hängen habe. Von religiösen Verhältnissen hat er nur die dürftigsten Vorstellungen: Er weiss, dass ihn seine Frau Sonntags mit zur Kirche nahm, dass dort ein Geistlicher predigte; die Bedeutung des ganzen Vorganges ist ihm unklar; ebenso weiss er von Christus nur auszusagen, dass er am Kreuze hängend dargestellt wird; im übrigen weiss er nichts von der Geschichte und der Bedeutung Christi. Das Vaterunser hat er vergessen; von einem Mitkranken geleitet, beginnt er es auswendig zu lernen, doch erscheint es ihm ganz neu, und die Bedeutung der auswendig gelernten Sätze bleibt ihm fremd.

Wie weit sich die geschilderte Störung, die in vielem an die generelle Gedächtnisschwäche erinnert, zeitlich erstreckt, ist nicht ganz sicher festzustellen; es ist ersichtlich, dass diesbezügliche Untersuchungen durch das mangelnde Wortverständnis des Pat. in hohem Masse erschwert wurden, und dass selbst die Entscheidung, ob fehlendes Wortverständnis, ob Ausfall der entsprechenden Vorstellungsreihen, nicht überall mehr einwandsfrei zu treffen war. Als ganz sicher kann es gelten, dass der Ausfall nach rückwärts bis in die früheste Kindheit reicht, aus der der Mensch für gewöhnlich noch Erinnerungen in das spätere Leben mit hinüberzunehmen pflegt; auf der anderen Seite ist in den Ausfall nicht nur die Zeit der akuten Psychose sondern auch noch eine Periode

nach Ablauf derselben einbezogen. Pat. hat nicht nur keinerlei Erinnerung an die Details der Psychose, sondern er weiss sich nicht einmal zu erinnern, dass er überhaupt krank war, dass er jahrelang in der Klinik verpflegt wurde, dass die Ärzte, die er oftmals besuchte, ihn früher behandelt haben; er hat aber auch vergessen, dass er nach Ablauf der akuten Symptome lange Zeit in der Tischlerwerkstätte der Klinik beschäftigt war; er wundert sich, als ihm gesagt wird, dass eine solche überhaupt im Hause vorhanden ist. Auch für die akuteren Symptome, die die Veranlassung zur zweiten Aufnahme des Pat. in die Klinik gaben, bestand nachher Amnesie.

Vereinzelter wichtiger Vorkommnisse aus der Zeit nach der schweren Krankheit schien sich Pat. allerdings zu erinnern: so erwähnte er öfters den in dieser Zeit erfolgten Tod seines Vaters und den Verlust eines Kindes; es liess sich aber feststellen, dass Pat. auch von diesen Ereignissen nur gehört hatte; der Geschehnisse selbst vermochte er sich nicht zu erinnern, gab auch einmal spontan an, wie sein Vater ausgesehen, vermöge er nicht zu sagen.

Man wird nach dem Gesagten wohl annehmen dürfen, dass die Merkfähigkeit des Pat., d. h. die Fähigkeit, neue Eindrücke im Gedächtnis festzuhalten, in der Zeit der schweren Krankheit verloren war.

Dass Pat. aus der jüngsten Zeit, namentlich seit Wiedergewinnung des Sprachvermögens, aber auch schon aus einer erheblichen Zeit vorher, eine ganze Reihe von Erinnerungen besitzt, braucht nach dem oben Erwähnten kaum besonders hervorgehoben zu werden; ich möchte nur kurz darauf hinweisen, in welch' grundlegender Weise sich unser Fall in dieser Beziehung von den Fällen genereller Gedächtnisschwäche unterscheidet, bei denen die Merkfähigkeit dauernd sehr gering bleibt, während in unserem Falle die Merkfähigkeit später wieder gewonnen wurde.

Zum Schlusse sei noch eine Thatsache registriert, die beweist, wie weit der Ausfall der sein Vorleben betreffenden Erinnerungen bei Pat. ging: Er weiss nicht, dass er früher schon einmal im Besitze der Lautsprache gewesen war. Schon früher war es, wie schon erwähnt, aufgefallen, dass Pat. nie irgend welche Andeutungen darüber machte, dass er etwa das Fehlen des Sprachvermögens selbst als Defekt empfinde; diesbezügliche Fragen ergaben aber kein ganz sicheres Resultat. Nach Wiedererlangung der Lautsprache aber gab Pat. in unzweideutiger Weise an, dass er die Fähigkeit des Sprechens, gleichwie so vieles andere, als etwas ganz neues betrachtete, was er erst jetzt erlernt

habe; bezeichnender Weise verfehlte er auch hier nicht, die Personen, welche sich zumeist mit ihm beschäftigten, immer wieder als die Lehrer in der neuerworbenen Fähigkeit zu bezeichnen und ihnen in seiner Weise seine Dankbarkeit zu bezeigen.

* * *

Wollen wir die gefundenen Symptome in ihrer Bedeutung zu würdigen versuchen, so erscheint zunächst die Beantwortung einer Vorfrage unerlässlich: ob wir nämlich berechtigt sind den Kranken als dement im üblichen Sinne des Wortes zu bezeichnen. Konstatiert ist, dass bei dem Kranken eine ganze Reihe schwerster Defekte bestehen. Im übrigen aber spricht alles gegen Demenz. Ein verblödeter oder verblödender Kranker wäre nicht imstande, wenn er der artikulierten Sprache verlustig gegangen ist, sich eine so brauchbare Gestensprache zurechtzulegen, wie sie Pat. sich ausgebildet hatte; ein dementer Kranker würde nicht unter so erschwerenden Umständen, wie sie bei unserem Pat. gegeben waren, mit unermüdlichem Eifer und mit bestem Erfolge seinem Berufe nachgehen, oder, wenn ihm äussere Verhältnisse dies unmöglich machen, sich in anderer Weise beschäftigen. Wenn ein Mann, dem nicht etwa Lesen und Schreiben Lebensaufgabe waren, sondern der mit seiner Hände Arbeit sein Brot verdiente, in seinem 55. Jahre beginnt an der Hand einer Kinderfibel Schreibe- und Leseübungen zu machen, nur „um zu lernen", wenn er sich für jede Bereicherung seiner Kenntnisse dankbar erweist, so wird wohl niemand diesen Mann als verblödet bezeichnen wollen. Dass Pat. auch später bisweilen unthätig fast regungslos auf der Krankenabtheilung betroffen wurde, ist dagegen nicht ins Feld zu führen. Dass die Unthätigkeit, die noch zeitweise bei Pat. beobachtet wurde, nicht als Folge einer eingetretenen Demenz, sondern als ein zurückgebliebenes psychotisches Symptom von charakteristischer Bedeutung für diejenige Art von Psychose, die der Pat. durchgemacht, aufzufassen sei, wurde schon oben erwähnt. Endlich sprechen zwei Erscheinungen mit ausschliessender Sicherheit gegen die Annahme einer Demenz: die ungeschwächte Aufmerksamkeit und die ausgezeichnete Merkfähigkeit des Pat. Für beide dürften im vorstehenden genügende Beweise erbracht sein; speziell seine Merkfähigkeit aber bewies Pat. in so schlagender Weise, dass ich mich nicht enthalten kann, darüber hier noch nachträglich zu berichten. Am 22. Februar war dem Pat. vor Beginn einer Untersuchungsreihe eine vierstellige Zahl genannt worden, mit

dem Auftrage, sie zu merken, er würde später wieder danach gefragt werden. Am Schlusse der ca. zweistündigen Untersuchung vergass ich den Pat. danach zu fragen, er selbst aber vergass nicht, mich an die gestellte Aufgabe zu erinnern und nannte, bevor er entlassen wurde, richtig die aufgegebene Zahl; am 23. Februar wurde Pat. am Ende der ziemlich lange dauernden und ermüdenden Demonstration gefragt, ob er sich der Tags vorher gestellten Aufgabe noch erinnere, und er nannte ohne Besinnen die richtige Zahl. Dass es nicht so ganz leicht ist, eine beliebige vierstellige Zahl nur während einer mehrstündigen Unterhaltung, geschweige den 24 Stunden lang im Kopfe zu behalten, kann man sich unschwer durch eigenen Versuch überzeugen. Auch der weitere Verlauf spricht entschieden gegen Demenz; die Art und Weise, wie Pat. zunächst noch in der Klinik gearbeitet, dann nach der Entlassung seine Thätigkeit wieder aufgenommen, sich Verbesserungen (z. B. die mietweise Benützung einer Dampfhobelmaschine) zu nutze gemacht hat, und wie er es versteht, sich wieder Arbeitsgelegenheit zu verschaffen, lassen ihn im Gegenteil als recht intelligenten Arbeiter erscheinen.

Wenn es nicht angängig ist, den Kranken als dement zu bezeichnen, so ist damit auch eine zweite Frage beantwortet, die namentlich in den Jahren, wo Pat. motorisch aphasisch war, recht nahe lag: ob es sich bei dem Kranken etwa um eine abnorm verlaufende Paralyse handle. Nach den jüngsten Feststellungen kann die Paralyse mit noch grösserer Sicherheit als früher ausgeschlossen werden. So vielgestaltig und wechselvoll das Krankheitsbild der Paralyse auftritt — viel mehr, als man durchschnittlich anzunehmen pflegt — und so weit man subjektiv den Begriff der Paralyse fassen mag: eine Krankheit, die nach 10jährigem Bestehen nicht zur Demenz geführt hat, kann unmöglich als Paralyse gedeutet werden; gegen die Annahme der Paralyse sprach übrigens von Anfang an das Fehlen von cerebralen Lähmungserscheinungen im engeren Sinne ebenso wie das Fehlen aller spinalen Symptome.

Was die Untersuchung bei unserem Pat. ergeben hat, lässt sich in Kürze bezeichnen als Ausfall einer in allen Untersuchungen — abgesehen von eventuellem Neuerwerb durch den Akt der Untersuchung — konstanten Summe von Erinnerungsbildern bei vollständig erhaltener Fähigkeit mit dem gebliebenen Reste zu operieren. Dieses Verhalten finden wir als regelmässigen Befund bei umschriebenen Erkrankungen des Gehirns, also zunächst den verschiedenen Erweichungen, in der

Periode, wo etwaige Insulterscheinungen geschwunden und sekundäre Störungen noch nicht eingetreten sind. Die Analogie unseres Falles mit derartigen Herderkrankungen des Gehirnes dokumentiert sich noch weiter darin, dass ein wesentlicher Teil des Ausfalles thatsächlich den herdartigen Charakter trägt. Der Kranke vermag viele, ja nach dem Ergebnis vieler Untersuchungen die allermeisten Worte nicht mehr zu verstehen noch aktiv zu gebrauchen. Diese Erscheinung ist als sensorische Aphasie eines der bekanntesten und gesicherten Symptome einer circumscripten Gehirnläsion. Die Erscheinung steht so im Vordergrunde des Krankheitsbildes, dass wir nach dem Grundsatze, dass die Benennung nach dem wesentlichsten geschehen soll, vielleicht berechtigt sind, den Fall als sensorische Aphasie und zwar als die erste beobachtete partielle sensorische Aphasie zu bezeichnen.*)

Genauere Überlegung lehrt übrigens, dass auch dieser Fall partieller sensorischer Aphasie nicht vollständig die Bedingungen erfüllt, von denen Wernicke**) theoretisch das Entstehen einer partiellen sensorischen Aphasie abhängig gemacht hatte. Wenn es dort heisst: „Partielle Läsionen des sens. Sprachzentrums werden allerdings einen bestimmten Wortschatz bedingen, der sowohl beim Sprechen richtig verwandt als auch beim Hören richtig aufgefasst wird", so bezieht sich dies wohl auf die erst später aus der Gesamtsumme der Fälle ausgeschiedene kortikale Form der sensorischen Aphasie. Im vorliegenden Falle aber trägt die Störung — selbst wenn wir zunächst von der Art ihrer Entstehung und der sich aufdrängenden Analogie mit der bis vor kurzem nachzuweisenden transkortikalen motorischen Aphasie absehen — den Charakter der transkortikalen Form. Es kann, seitdem Pat. überhaupt die artikulierte Sprache wiedergewonnen hat, nachgesprochen, ohne paraphasische Erscheinungen gelesen und wenn auch unorthographisch spontan wie auf Diktat geschrieben werden, alles aber — soweit sich der partielle Ausfall erstreckt — ohne Verständnis, wie es als typisch für die transkortikale Aphasie festgestellt wurde.***) Ausserdem möchte ich hier auf eine Angabe des Pat. hinweisen, die mir für die Deutung des Falles als transkortikale Aphasie von grösster Bedeutung zu sein scheint, dass ihm nämlich der Klang vieler Worte bekannt erscheint, während

*) Wernicke D. med. W. Schr. 1895. No. 11.

**) Ges. Abhdlgn. S. 22.

***) cf. Wernicke Ges. Abhdlgn. S. 105 und 118.

ihm deren Bedeutung fremd ist. Wernicke sagt darüber:*) „Die Sprachklänge werden zwar wiedererkannt vermittels des Zentrums s,**) um aber ihrem Sinne nach verstanden zu werden, müssen sie noch in eine supponierte Begriffsregion B***) geleitet werden und daher die Notwendigkeit der Leitungsbahn s B†)". Tritt eine Unterbrechung der Bahn s B, genauer der zahlreichen Bahnen s B ein, so muss von den 2 Akten, an die die sinngemässe Auffassung eines gehörten Wortes gebunden ist, der zweite ausfallen, die klangliche Wiedererkennung erfolgt, das Sinnverständnis bleibt aus: eben dieses Verhalten gelang es bei unserem Kranken dank den exceptionell günstigen Untersuchungsbedingungen auf's klarste nachzuweisen. Ob andererseits die Thatsache, dass eine grosse Anzahl von Wortən auch ihrem Klange nach nicht wieder erkannt wurde, in dem Sinne verwertet werden darf, dass auch eine Schädigung des Zentrums s selbst angenommen werden müsse, möchte ich nicht mit Sicherheit entscheiden. Eher möchte ich eine andere Erscheinung wenigstens vermutungsweise im Sinne einer Schädigung des sensorischen Sprachzentrums deuten: dass nämlich Patient die Fähigkeit richtiger grammatikalischer Fügung des Gesprochenen verloren hat. Diese Fähigkeit erscheint mir im Anschlusse an Sachs††), der die formalen Redebestandteile „ausschliesslich im akustischen Sprachzentrum ihr Leben führen" lässt, vorwiegend Erwerb dieses Zentrums zu sein. Die grammatikalische Gestaltung der Rede, sowohl die Benutzung der Endsilben zur Deklination und Konjugation als auch insbesondere die Anordnung der einzelnen Worte zu Wortgruppen und dieser Wortgruppen zum „fliessenden" Satze geschieht ausschliesslich auf Grund früher gewonnener sensorischer Eindrücke, wie sie im Schläfelappen deponiert sind; deshalb erlangen wir Gewandtheit im sprachlichen Ausdrucke für fremde Sprachen nur dann, wenn wir dieselbe regelmässig sprechen hören, d. h. wenn wir Gelegenheit haben, reichlich akustische Erinnerungen zu sammeln, nach denen sich unser Sprechen dann regeln kann; die eifrigste Lektüre in einer fremden Sprache vermag dafür bekanntlich keinen Ersatz zu bieten. Bezeichnender Weise sagt übrigens auch der Laie von jemanden, der

*) D. med. W. Schr. 1890. S. 445.

**) sensorisches Sprachzentrum.

***) andere für jeden einzelnen Fall verschiedene Rindenpartien.

†) transkortikale sensorische Sprachbahn.

††) Bau und Thätigkeit des Grosshirns etc. Breslau 1893. S. 222 ff.

in gefälliger und fliessender Form zu sprechen vermag, er habe ein gutes Ohr für die Feinheiten der Sprache. Vielleicht geben spätere Beobachtungen darüber Aufschluss, ob dieser hier nur hypothetisch angenommene Zusammenhang zwischen dieser als Agrammatismus bezeichneten Störung und Läsionen des sensorischen Sprachzentrums thatsächlich besteht.

Mit der oben besprochenen sensorischen Aphasie ist aber die Summe der Ausfallserscheinungen nicht erschöpft.

Sehen wir von den weitgehenden Erinnerungsdefekten in Bezug auf sein eigenes Vorleben ab, so zeigt Pat. noch eine Reihe von Defekten, die wir als asymbolische, d. h. als Verlust von Begriffen zu bezeichnen berechtigt sind: Pat. hat das Verständnis für die Bedeutung und Benutzung einer Summe konkreter Gegenstände des täglichen Gebrauches verloren. Auch diese Erscheinung trägt in gewissem Sinne herdartigen Charakter, insofern sich durch wiederholte Untersuchungen nachweisen lässt, dass der entstandene Ausfall nur eine bestimmte, bei allen Untersuchungen abgesehen von den schon besprochenen Neuerwerbungen konstant bleibende Summe von Gegenständen betrifft, während Kenntnis und Gebrauch aller restierenden ungeschädigt sind. Dagegen vermissen wir hier ein Kennzeichen, das sonst den Herderscheinungen sens. strict. eigen zu sein pflegt: die Möglichkeit, den entstandenen Ausfall auf die Schädigung eines bestimmten circumscripten Gehirngebietes zu beziehen. Der Kranke hat nicht etwa, wie es bei der optischen Asymbolie (Seelenblindheit) der Fall zu sein pflegt, nur die Fähigkeit verloren, einen gezeigten Gegenstand mit dem Gesichtssinne zu erkennen, er hat auch nicht, wie es in Fällen taktiler Asymbolie (Tastlähmung) zu geschehen pflegt, nur das Vermögen verloren, bekannte Gegenstände mit Hilfe des Tastsinnes zu identifizieren, sondern es fehlt ihm für eine bestimmte Summe von Gegenständen überhaupt die Möglichkeit, sie mit Hilfe irgend eines Sinnes zu erkennen, es sind ihm die Begriffe derselben, in toto, d. h. die Summe aller zugehörigen Erinnerungsbilder aus allen Sinnesgebieten verloren gegangen. Betrachten wir als anatomischen Ort eines Begriffes einen Komplex bestehend 1. aus einer bestimmten Anzahl von Rindengebieten, in denen die optischen, akustischen, taktilen etc. Erinnerungsbilder des betreffenden Gegenstandes deponiert erscheinen und 2. aus einer Summe von Bahnen, durch welche diese Rindengebiete untereinander verknüpft werden, so werden wir folgerichtig aus dem

Verlorengehen einer Reihe von Begriffen bei unserem Kranken auf einen Ausfall der entsprechenden Zell- und Faserkomplexe oder vielleicht auch nur auf eine Unterbrechung derjenigen Bahnen schliessen, welche die verschiedenen Rindenpartien verbinden. Gleichgiltig, welche dieser beiden Annahmen wir bevorzugen, werden wir aber immer genötigt sein, eine Schädigung in verschiedenen, weit auseinanderliegenden Partien des Gehirns anzunehmen, denn die Untersuchung hat ergeben, dass die verlorenen Begriffe total, d. h. in ihren Konstituenten aus sämtlichen Sinnesgebieten verloren gegangen sind. Es erhebt sich somit die Frage, woher es kommt, dass die Erinnerungsbilder nicht regellos ausgefallen sind, sondern gruppenweise so, wie sie sich zum Begriffe eines Gegenstandes verbinden.

Die Antwort finden wir, wenn wir die Entstehungsweise der jetzt konstatierten Störung berücksichtigen. Die Defekte sind nicht das Resultat einer grob mechanischen Läsion des Gehirnes, die wahllos das örtlich Zusammenliegende zerstört, sondern sie ist im Verlaufe einer Geisteskrankheit entstanden. Im Charakter dieser Erkrankung aber liegt es*), dass sie „die Associationsbahnen vereinzelt mit individueller Auswahl befällt", und diese Auswahl geschieht nach der „Norm der verschiedenen Funktion". Als funktionell zusammengehörig dürfen wohl in erster Linie alle diejenigen Elemente bezeichnet werden, die das anatomische Substrat eines Begriffes bilden, und es kann nicht Wunder nehmen, wenn eine elektiv wirkende Krankheitsursache eine Reihe derartiger Komplexe ergreift und zerstört, wie es im vorliegenden Falle geschehen ist.

Hier scheint es mir angezeigt, auf eine Frage nochmals zurückzukommen, die schon im vorgehenden mehrfach gestreift wurde. Sind die Einzelerinnerungsbilder, aus denen sich der Begriff zusammensetzt, selbst verloren gegangen, oder ist nur ihre gegenseitige Verbindung gelockert oder gelöst? Es würde hier zu weit führen, auf die Natur der Erinnerungsbilder und auf die Vorstellungen näher einzugehen, die wir uns von anatomischer Grundlage derselben zu machen haben. Es sei nur kurz angedeutet, dass auch scheinbar recht einfache Erinnerungsbilder eines bestimmten Sinnesgebietes sich meist mühelos wieder in eine Zahl von Komponenten zerlegen lassen, und dass man sich diesen Vorgang der Zerlegung in Komponenten meist vielmal

*) cf. Wernicke, Grundriss der Psychiatr. Seite 9.

wiederholt denken muss, bis man zu den eigentlichen einfachsten Erinnerungsbildern gelangt, als deren Ort wir uns einen circumscripten Bezirk der Rinde — NB! nicht eine einzelne Ganglienzelle — werden denken dürfen. Es beruht demnach auch das, was wir bisher dem Sprachgebrauch folgend als Erinnerungsbilder bezeichnet haben, auf einer Verknüpfung mehrerer einfachster Erinnerungsbilder im engeren Sinne, demnach auf einem associativen Akte. Die Frage, welche wir oben gestellt, wäre demnach dahin zu modifizieren: sind bei unserem Pat. nachweisbar einfachste Erinnerungsbilder verloren gegangen oder liegen nur Störungen des associativen Mechanismus vor, infolge dessen die komplizierteren Erinnerungsbilder und die daraus zusammengesetzten Begriffe zerfallen sind. Halten wir nun daran fest, und diese Anschauung gewinnt wohl mehr und mehr Anhänger, dass das einfachste Erinnerungsbild an das gleiche Element gebunden ist, das zur Perzeption des ersten entsprechenden Reizes gedient hat und wegen der Unveränderlichkeit der anatomischen Anordnung jeden folgenden derartigen Reiz wieder aufnehmen muss, so müsste sich jeder Ausfall einfachster Erinnerungsbilder auch dokumentieren durch eine genau entsprechende Perzeptionsstörung, d. h. Lücken in den Projektionsfeldern. Für eine derartige Störung haben wir bei unserem Kranken keine Anhaltspunkte gefunden.*)

*) Die einzige Thatsache, welche etwa im Sinne einer derartigen Störung zu verwerten wäre, ist der Befund einer konzentr. Gesichtsfeldeinengung. Dieselbe war zu Anfang des Jahres 1894 noch bedeutend stärker, als bei der Demonstration des Kranken gezeigt wurde. Anfangs Febr. 1895 ergaben wiederholte Untersuchungen noch für weiss bei einem Objekt von 10 mm übereinstimmend eine Einschränkung auf 40° temporal und 30° nasal, entsprechend in den übrigen Meridianen. Kurze Zeit vor der Entlassung ergab eine neuerliche Untersuchung ein fast der Norm entsprechendes Gesichtsfeld. Dass die vorher konstatierte Einschränkung nicht der Ausdruck eines thatsächlichen Zugrundegehens wahrnehmender Rindenelemente sein konnte, ist damit erwiesen, konnte aber schon früher aus zweierlei Gründen angenommen werden. Einmal zeigte der Kranke stets eine solche Sicherheit in der äusseren Orientierung, wie sie ihm das beschränkte Gesichtsfeld nie geben konnte, das z. B. anfangs 1894 am Perimeter aufgenommen war (20° für weiss nasal und temporal); zweitens ergab eine Prüfung mit grossem Objekte, wie ich den Untersuchungsprotokollen entnehme, bei ganz präzisen Angaben des Kranken, keine wesentliche Einschränkung in denselben Tagen, wo die perimetrische Untersuchung nur mehr einen Rest von Gesichtsfeld ergeben hatte. Diese Thatsache, die mir leider bei der Demonstration und Diskussion nicht gegenwärtig war, liefert die unwiderlegliche Bestätigung der Ansicht, über die vorliegende Gesichtsfeldeinschränkung, welcher Prof. Wernicke in der Diskussion Ausdruck gab. Ich füge hier noch bei, dass Pat. normalen Augenhintergrund hat und mit $+\frac{1}{60}$ gut $^3/_4$ Sehschärfe besitzt.

Wir sind also zu der Annahme berechtigt, dass der Verlust an Erinnerungsbildern, noch mehr der Ausfall einer Reihe von Begriffen, wie wir sie oben geschildert, Folge eines Ausfalles von Associationsbahnen sind, welche die einfachsten Erinnerungsbilder zu komplizierteren und eine Summe komplizierterer Erinnerungsbilder zu Begriffen vereinigen. Auch in diesem Sinne trägt also der jetzt konstatierte Zustand noch das Gepräge seiner Entstehung aus einer Geisteskrankheit, d. h. aus einer Erkrankung des Associationsorganes.

Einem möglichen Irrtum möchte ich hier schon vorbeugend entgegentreten. Wenn im Vorgehenden der Kürze halber stets von Unterbrechung der Associationsfasern die Rede war, so war dabei stillschweigend auch eine Schädigung zugehöriger Zellen mitinbegriffen. Wir brauchen keiner Rindenpartie und keiner Zellart eine irgendwie übergeordnete, psychologisch höhere Stellung anzuweisen und doch lehrt ein Blick auf entsprechende Präparate, dass es ausser den mit zu- und ableitenden Projektionsbahnen verbundenen Zellen noch andere giebt, die anatomisch dem Associationssysteme angehören und die bei einer Erkrankung der eigentlichen Associationsfaserung primär oder sekundär mitgeschädigt sein werden. Was die Psychose nach unseren jetzigen Vorstellungen zunächst intakt lässt, ist nur die Projektionsfaserung und die zugehörigen eigentlichen Projektionszellen — zugleich, wie mir scheint, ein nicht unwichtiger Fingerzeig, wohin wir bei einer pathologisch-anatomischen Untersuchung der Psychosen zunächst unser Augenmerk werden zu lenken haben.

Es wäre noch zu erörtern, warum eine Schädigung, die im allgemeinen die verschiedenen sensorischen Gebiete diffus und gleichmässig betroffen hat, ein bestimmtes Gebiet, das sensorische Sprachzentrum, respektive die transkortikale sensorische Bahn in so intensivem Masse ergriffen hat, denn wir haben gesehen, dass die Zahl der verlorenen Wortklangbilder erheblich grösser ist, als die Zahl der ausgefallenen Begriffe. Diese Thatsache scheint mit in einer gewissen Abhängigkeit von der jahrelang bestandenen motorischen Aphasie zu stehen. Im allgemeinen kommt zwar dem sensorischen Sprachzentrum eine gewisse Unabhängigkeit gegenüber dem motorischen Sprachzentrum zu*), trotzdem dürfen wir nicht ohne Grund annehmen, dass eine lange dauernde Ausserfunktionssetzung des letzteren — gleichviel ob durch

*) cf. Wernicke Ges. Abhandlungen S. 101.

direkte Läsion oder durch Ausschaltung seiner transkortikalen Faserung — auch auf das erstere nicht ohne Einfluss sein wird. Die Festigkeit, mit der ein Erinnerungsbild haftet, seine ganze Wertigkeit für den associativen Mechanismus ist in erster Linie abhängig von der Zahl der vorhandenen Associationen, d. h. der Verbindungsbahnen nach anderen Rindengebieten. Bei unserem Kranken war nun eine der wesentlichsten Associationsbahnen des sensorischen Sprachzentrums ausgefallen, nämlich die direkte Bahn zum motorischen Sprachzentrum, wie aus der Unfähigkeit des Pat. nachzusprechen hervorging; mit dem Verlust der Fähigkeit, das Klangbild auf den motorischen Apparat zu übertragen, verlor es einen grossen Teil seiner Bedeutung; es wurde von anderen Rindenpartien nicht mehr innerviert und seine Bahnen gingen zum grossen Teil zu Grunde; statt bestimmter Worte, durch die Pat. früher seinen Gedanken Ausdruck gab, und in denen gewissermassen je ein Begriff zusammengefasst war, fixierten sich dann bei dem Pat., wie oben geschildert, vorzugsweise optische Erinnerungsbilder, die er durch Bewegungen andeutete, und aus denen er sich seine Zeichensprache geschaffen hatte.

Diese Hypothese einer gewissen Abhängigkeit des sensorischen vom motorischen Sprachzentrum erhält übrigens noch eine Stütze durch eine alltägliche Erfahrung; wir sprechen unwillkürlich das Wort nach, das wir uns merken wollen, d. h. wir setzen die sensorisch-motorische Bahn und das motorische Sprachzentrum in Miterregung, wenn wir ein Erinnerungsbild im sensorischen Sprachzentrum fixieren wollen.

Auf die Frage, in welcher Weise sich der totale Ausfall der transkortikalen motorischen Sprachbahn aus der Art der Psychose — anatomisch gesprochen aus dem Hauptsitz des pathologischen Prozesses erklärt, der die Psychose bewirkte, brauche ich hier nicht einzugehen.*) Ich erwähne nur hier nochmal, dass gewisse Ausfallserscheinungen auf motorischem Gebiete noch lange Zeit einen deutlichen Hinweis auf die Natur der Psychose lieferten.

Viel schwieriger als von dem Zustandekommen der Ausfallserscheinungen erscheint es, uns von dem Wege eine Vorstellung zu machen, auf dem sich die konstatierte teilweise Restitution vollzogen hat. Der Kranke hat von einem bestimmten Zeitpunkte ab auf sen-

---

*) Vergl. darüber Wernicke l. c.

sorischem wie motorischem Gebiete vieles gelernt, was definitiv verloren schien, er hat vor allem nach 5 jähriger absoluter Stummheit die artikulierte Sprache wiedererlangt.

Halten wir an der Annahme fest, und dazu nötigt uns die Natur des Falles, dass es sich hier thatsächlich um eine greifbare Erkrankung des Gehirnes gehandelt hat, die zu einem Zugrundegehen einer bestimmten Summe von Nervenelementen geführt hatte, so können wir uns die Restitution nur in der Weise erklären, dass an ihre Stelle neue Elemente in Funktion getreten sind, dass neue Bahnen eingeschliffen worden sind. In welcher Weise sich dieser Vorgang im Detail vollzog, darüber vermögen wir kaum Vermutungen aufzustellen, ohne uns in unfruchtbare Spekulationen einzulassen. Als wesentlich scheint nur das eine zu erwähnen, dass ein gewisser Schatz einfachster Erinnerungsbilder noch vorhanden war, die durch Neuassociationen wieder in das grosse Associationsnetz aufgenommen wurden (in dieser Beziehung scheint namentlich das rasche Wiedererlernen der Zahlen und Buchstaben recht bezeichnend), so dass also der Kranke gegenüber jedem anderen, der alles neu hätte erlernen sollen, sich in einer günstigeren Lage befand. Ausserdem möchte ich noch auf eine Thatsache hinweisen, die mir mehr als den Wert eines zufälligen Zusammentreffens zu haben scheint: die Wiedergewinnung der Lautsprache, und alles, was sonst an Neu- oder Wiedererwerb konstatiert wurde, fällt in die gleiche Periode, in der sich auch die Reizsymptome der Geisteskrankheit die Hallucinationen neuerdings erheblicher steigerten; dass ein Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen besteht, scheint mir nicht von der Hand zu weisen; welcher Art aber dieser Zusammenhang ist, vermögen wir bei unseren heutigen mangelhaften Kenntnissen von der pathologischen Anatomie der Psychosen nicht zu sagen.

Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

No. II.

Einzelpreis Mk. 1,—. Eine Serie, (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 2.

„Seitenstrangerscheinungen"

bei akuten Psychosen

von

Dr. K. Bonhoeffer

Assistenzarzt der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1896.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Seit

„Seitenstrangerscheinungen“

bei akuten Psychosen

von

Dr. K. Bonhoeffer

Assistenzarzt der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1896.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Gelegentlich der Untersuchung akuter Psychosen habe ich mehrfach eine Beobachtung zu machen Gelegenheit gehabt, die meines Wissens bis jetzt in der Litteratur noch keine Beachtung gefunden hat. Es liegt das vielleicht weniger an der Seltenheit der Erscheinung, als an der Leichtigkeit, mit der sie übersehen wird, wenn man nicht gewöhnt ist, auch während der akutesten und agitiertesten Krankheitsstadien den somatischen, insbesondere den spinalen Befund der Kranken häufig erneuter Untersuchung zu unterziehen, ein Verfahren, das zwar mitunter mühsam und mit Schwierigkeiten verknüpft, immerhin bei durchgeführter Bettbehandlung fast in allen Fällen ausführbar ist. Da der Erscheinung wie ich glaube in differenzielldiagnostischer und prognostischer Beziehung eine gewisse Bedeutung innewohnt, scheint es mir am Platze, das Symptom zur Kenntnis der Fachgenossen zu bringen.

Wenn im folgenden der Nachweis geliefert werden soll, dass sich im Verlaufe akuter Psychosen gelegentlich ein spastischer Symptomkomplex beobachten lässt, der im wesentlichen die Merkmale der Pyramidenseitenstrangaffektion trägt, so wird es zunächst darauf ankommen, dem Verdacht zu begegnen, dass es sich bei meinen Beobachtungen um larvierte Paralysen, bei denen Muskelspasmen mit Reflexsteigerungen, wenn auch nicht in der hier zu Tage tretenden Form, eine allerseits bekannte Beobachtung bilden, gehandelt habe. Insofern auch der ungünstige Verlauf der Fälle eventuell diese Bedenken zu unterstützen geeignet sein könnte, scheint es mir erforderlich über die Kranken genauer, als es im Interesse des Symptoms, das sie zeigen sollen, nötig wäre, zu berichten. Es wird sich auf diese Weise

die Frage der Paralyse am objektivsten beurteilen und erörtern lassen. Ich lasse zunächst die Krankheitsberichte folgen und verfehle dabei nicht meinem verehrten Chef, Herrn Professor Wernicke für die gütige Überlassung der Fälle meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

* * *

Regina W., 53jährige, geschiedene Kaufmannsfrau jüd. Konfession, kam am 26. Juni 1895 zur Aufnahme. Die Kranke lebt seit 14 Jahren von ihrem Manne getrennt, hat die Erziehung mehrerer Kinder, häufig unter Nahrungssorgen, selbständig und gut geleitet. — Eine hereditäre Belastung soll nicht vorliegen. Für lues und potus fehlen in den Antecedentien alle Anhaltspunkte. — Die Pat. steht im Klimakterium, das ihr abgesehen von zeitweise übersteigenden Hitzegefühlen keine Beschwerden machte, insbesondere soll sie an Kopfschmerzen, Ohnmachts- oder Schwindelanfällen nie gelitten haben. Sie besorgte, ohne dass sich eine Abnahme ihrer Leistungsfähigkeit bemerkbar gemacht hätte, ihren Haushalt stets gut. 14 Tage bis 3 Wochen vor der Aufnahme fing sie an über Schlaflosigkeit und ein Angstgefühl zu klagen, zu dem sich bald Äusserungen von krankhafter Eigenbeziehung gesellten, man komme auf der Strasse hinter ihr her, die Polizei stehe ihretwegen auf dem Platze, die Zeitungen seien voll Anspielungen auf sie u. s. w. Unter zunehmender Angst traten phantastische Angstvorstellungen von religiöser Färbung auf, man wolle sie kreuzigen, taufen und ähnl.; sie verweigerte die Nahrung, sprach von Gift und äusserte Selbstmordgedanken. Da sie immer ruheloser wurde, nächtelang von zu Hause fort blieb und in der Umgegend umherirrte, wurde sie in die Klinik verbracht.

Hier bot die Kranke bei der Aufnahme ein Bild erheblicher körperlicher Entkräftung, einen mässigen Grad von struma und exophtalmus. Die Zunge ist belegt und zeigt geringen tremor. Pupillen, faciales und die übrige Motilität, Sensibilität und Reflexe ohne Anomalie, ebenso die inneren Organe ohne wesentlichen pathologischen Befund.

Psychisch stehen von Anfang an im Vordergrunde Anfälle von Angst, welche in der Brust lokalisiert wird. Die Atmung ist während der Angst subjektiv erschwert, objektiv erscheint die Zwerchfellatmung etwas reduziert. Während der Angstanfälle besteht Rededrang, der inhaltlich vor allem durch eine nichts ausser Acht lassende Beziehungssucht

eine charakteristische Färbung bekommt. Jede Bewegung, jeden Blick, jedes Wort fasst sie auf, um es im Sinne der Angst zu missdeuten. Ausserdem bestehen Gehörshallucinationen von ängstlichem Inhalt, die sie auf die Umgebung projiciert. Einförmiges Jammern und Stöhnen, rhytmische Rumpfbewegungen, rhytmisches Streichen der Bettdecke und Händereiben begleiten die Angstanfälle. Ausserhalb der Anfälle, die oft mehrere Stunden anhalten, ist die Kranke ruhig, gut orientiert, jedoch ohne Einsicht in ihre Angstvorstellungen, sie ist ablehnend gegen das Personal und misstrauisch gegen den Arzt, immerhin der Exploration gut zugänglich. Das Gedächtnis und die Intelligenz erweisen sich ohne wesentliche Defekte; die Merkfähigkeit ist vielleicht etwas geschwächt.

Am 1. VII., im wesentlichen dasselbe Bild, lässt in der Angst Urin unter sich gehen, sie habe es bei andern gesehen und glaube, dass ihr dies „etwas nützen könne". —

In den folgenden Tagen wechselvolles Verhalten, viel Angst mit kurzen Intermissionen, häufige Schweissausbrüche, plötzliche Kongestionen mit intensiver Rötung des Gesichts und starker Pulsation der Karotiden. Dermographie.

Am 10. VII. Auftreten eigentümlicher motorischer Erscheinungen, krampfhaftes Grimmassieren des Gesichts, Blöcken der Zähne, Schnutenbilden und Grinsen. Psychisch das zu Anfang geschilderte Bild. Dauernd unzureichende Nahrungsaufnahme.

Am 13. VII. morgens auffälliger Gang, von der Kranken selbst wahrgenommen, „sie könne nicht ordentlich gehen". Steifer Gang. Die Untersuchung ergiebt Steifigkeit der Beine bei passiver Bewegung, erhebliche Steigerung der Patellarreflexe, kurzdauernder Patellarklonus, deutlicher Fussklonus. In den obern Extremitäten ist eine Reflexsteigerung nicht nachzuweisen. Sehr starker tremor der obern und untern Extremitäten. Sehr schwerer Angstaffekt. Der spastische Symptomkomplex lässt sich bis zum 20. VII. nachweisen. Am 23. VII. sind die spastischen Erscheinungen geschwunden. Der tremor besteht fort, das Grimmassieren ebenfalls. Psychisch treten noch hinzu eigentümliche Erregungszustände von sinnlos verbigerierendem Schreien, rhytmisches Schlagen mit den Armen; Angst, Eigenbeziehung, Gehörshallucinationen bestehen fort.

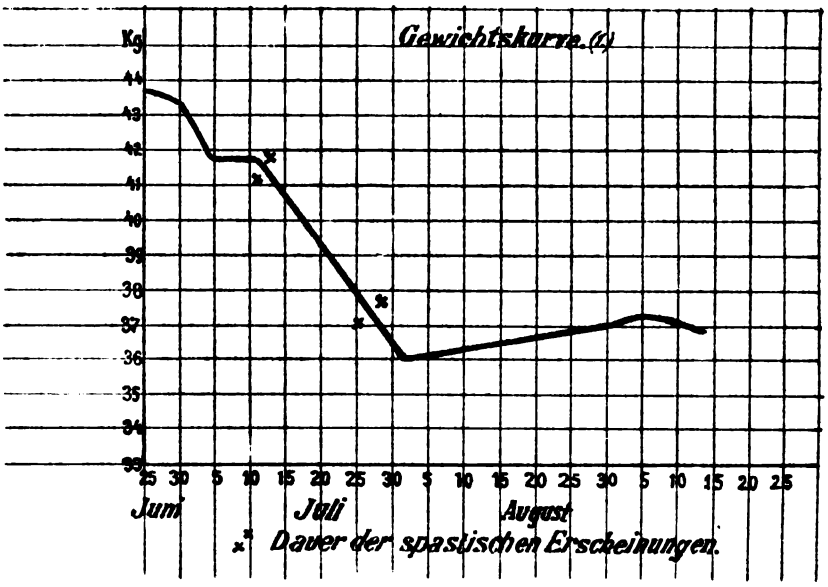
Im Laufe des August lässt sich eine Abnahme der Energie des Angstaffektes konstatieren, immerhin bildet er noch den Grundzug der

Psychose. Das Gesicht verliert an Ausdruck. Die motor. Erscheinungen im Gebiete des Gesichts, die Schreianfälle treten hin und wieder auf. Die Sehnenreflexe zeigen ein sehr wechselvolles Verhalten, sind bald sehr erheblich gesteigert, bald von normaler, gelegentlich sogar von subnormaler Beschaffenheit. Die Ernährung ist dauernd unzureichend.

4. IX. lässt sich gelegentlich einer Exploration feststellen, dass das Gedächtnismaterial erheblich reduziert ist im Vergleich zu früher, eine gewisse Erschwerung in der Reproduktion lässt die Defekte noch grösser erscheinen, als sie sind.

Am 9. IX. morgens wieder deutlicher Fussklonus und Patellarklonus mit Steifigkeit, abends sind die Erscheinungen wieder verschwunden.

Seit dem 5. IX. war eine Behandlung mit Thyreoideatabletten eingeleitet worden (3 Tabl. p. d.), die nach 16 Tagen wieder sistiert wird, da abgesehen von einer Exacerbation des Angstaffekts ein Erfolg nicht zu



sehen war. — Seit Anfang September ist bei der Kranken eine auffällige Unsicherheit im Gebiete des Gesichts und der Mundmuskulatur, die richtigen Bewegungsimpulse zu geben, zu konstatieren. Wenn sie

die Zunge zeigen soll, spitzt sie den Mund oder blöckt die Zähne, es sieht aus, als ob sie die Bewegungen verwechselte. Die Bewegungen selbst sind nicht ungeschickt. Psychisch besteht Angst und Beachtungswahn fort, vorübergehend äussert sie auch Kleinheitswahn und Selbstanklagen. Die Sorge für Reinhaltung vergisst sie nie.

Das Körpergewicht, das zur Zeit der Aufnahme 44 kg betrug, nimmt in der ersten Zeit langsam ab; mit dem Auftreten der spinalen Erscheinungen folgt innerhalb 14 Tagen ein rapider Abfall, dann ein allmähliges geringes Ansteigen, ohne dass die ursprüngliche Höhe wieder erreicht würde.

Ganz entsprechende Verhältnisse ergeben sich beim Überblick über den Krankheitsverlauf. Im Anschluss an leichte klimakterielle Beschwerden entwickelt sich auf der Grundlage von Angstanfällen eine Psychose, die man nach den dominierenden Erscheinungen als agitierte Angstpsychose ansprechen könnte, bis mit dem Hinzutreten der pseudospontanen Bewegungen im Gebiete der Gesichtsmuskulatur, welche ohne Zweifel eine Verbreiterung des Krankheitsprozesses bedeuten, die Umschriebenheit der Psychose aufhörte. Auf der Höhe dieser mimischen Pseudospontanbewegungen unter gleichzeitigem Bestehen schwersten Angstaffektes kommen die spastischen Symptome zur Beobachtung und sie entsprechen ungefähr dem Gipfel der Krankheitskurve, wenn man die Intensität der Erkrankung nach der Höhe des Affektes und der Schwere der Allgemeinerscheinungen graphisch darstellen will.

Wichtig im Vergleiche zum Verlaufe anderer agitierter Angstpsychosen scheint mir, dass es schon relativ früh möglich ist, an der Hand der Abnahme der Energie des Angstaffektes ohne gleichzeitige Besserung der übrigen Erscheinungen und aus der Eigentümlichkeit der motorischen Äusserungen, auf die ich später zu sprechen kommen werde, eine ungünstige Prognose zu stellen.

Was nun die Frage der Paralyse betrifft, so findet sich anamnestisch gar kein Hinweis darauf, und auch der Verlauf innerhalb der Beobachtungszeit scheint mir die Diagnose der Paralyse nicht zu rechtfertigen, wenn man nicht eben den Nachweis der spastischen Erscheinungen für diese Diagnose für ausreichend hält. — Der Nachweis der Gedächtnisdefekte muss bei einer im akuten Stadium stehenden Psychose mit Vorsicht aufgenommen werden; er gehört vielmehr bei einer grossen Zahl von Psychosen in dem an die akuteste Erkrankung anschliessenden Schwächestadium zum gewöhnlichen Befunde, kann jeden-

falls für das Bestehen einer Paralyse um diese Zeit nicht verwertet werden. Das Fortbestehen der psychotischen Erscheinungen, der dauernd depressive Charakter der Psychose, ohne dass hypochondrische Erscheinungen sich dazu gesellten, die andauernd unzureichende Nahrungsaufnahme, die Spontaneität, welche die Kranke in Bezug auf Reinhaltung zeigte, sprechen ebenfalls gegen Paralyse. — Eine Sprachstörung oder anderweitige Herdsymptome waren bei der Kranken nie zu konstatieren. Die Schriftstörung, welche die Kranke zeigte, war durch den bestehenden tremor bedingt, sie zeigte auch nichts von den für die Paralyse charakteristischen Ungenauigkeiten.

Der Gedanke, mit den Thyreoideatabletten einen therapeutischen Versuch zu unternehmen, war durch die bestehende struma, den geringen Grad von exophtalmus, die vasomotorischen Störungen und den tremor, nahegelegt, jedoch, wie auch in anderen Fällen nicht von Erfolg gewesen.

Eine 2. Beobachtung betrifft eine 44 Jahre alte Schneidersfrau Auguste Kl., die am 26. März 1895 zur Aufnahme kam. Ungefähr ein halbes Jahr zuvor, seit dem Eintritt der Menopause fing die Kranke an über den Magen zu klagen, über ein Gefühl von gebläht sein nach dem Essen. Anfang Dezember begann sie über intensive Schmerzen im Nacken, rechten Arm und Schulter zu klagen, manchmal so heftig, „als ob sie sterben müsste", sie konnte den Arm jedoch ohne Schmerzen zu haben gebrauchen. Der Schlaf war hiedurch erheblich gestört, ein mehrwöchentlicher Aufenthalt im Krankenhause besserte nichts. Der Schlaf wurde noch schlechter, es kamen Schmerzen im linken Arm hinzu, Stechen in den Augen und Furcht zu erblinden. Dabei besorgte sie unter Tags den Haushalt noch gut und ganz selbständig. Eine Gedächtnisschwäche machte sich nicht bemerkbar. 3 Wochen vor der Aufnahme kam als neue Erscheinung hinzu ein Gefühl der Unfähigkeit zu schlucken, das ihr heftige Angst machte. Die Ernährung ging zurück und es wurde schliesslich die Verbringung in die Anstalt erforderlich. — Über Kopfschmerzen hatte die Kranke nie geklagt, von Ohnmachts- und ähnlichen Anfällen war nie etwas beobachtet worden.

Die Kranke kommt freiwillig zur Anstalt, mit der Klage, sie könne nicht mehr schlucken, man habe ihr zwar gesagt, es sei ein nervöses Leiden, es müsse aber wohl der „Brand" oder etwas ähnliches in ihrem Halse sein, sie glaube, dass ihr kaum mehr zu helfen sein werde.

Bei der Untersuchung erweisen sich die innern Organe ohne patholog. Befund; insbesondere ergiebt auch die Untersuchung des Kehlkopfs und Rachens, die Motilität und Sensibilität von Rumpf und Extremitäten keine Anomalie. Das Verhalten der Reflexe zeigt keine Besonderheiten.

Die Kranke erscheint in den ersten Tagen ruhig und geordnet, ist orientiert, giebt willig Auskunft über ihre Personalien, zeigt keine verwertbaren Gedächtnislücken. Die Merkfähigkeit ist gut.

Ausser dem hypochondrischen Gefühl im Halse, dem Druck im Magen, die den Affekt eines schweren Unglücks- und Krankheitsgefühls im Gefolge haben, bietet sie in den ersten Tagen nichts von psychotischen Erscheinungen. Der Versuch der Faradisation der Schlundmuskeln ist von keinem wesentlichen Erfolg begleitet.

Spontan isst sie fast nichts; Nötigung hat eine beträchtliche Steigerung des Unglücksgefühls und heftige Erstickungsangst zur Folge, sie sträubt sich energisch. Bald nehmen die Krankheitserscheinungen akut an Intensität zu; sie verweigert absolut die Nahrung, sträubt sich unter lautem Schreien, sodass Sondenernährung erforderlich wird. Gleichzeitig verbreiten sich die intestinalen Sensationen, sie habe keinen Stuhl, keinen Urin mehr, sei innerlich verbrannt. Es komme ein Gestank aus ihrem Munde nach Verfaultem; sie zeigt Beachtungswahn im Sinne dieser Sensation. Die Leute werden des Gestanks wegen auf andere Stationen verlegt, man öffne ihretwegen die Fenster u. s. f. Gehörshallucinationen scheinen nicht zu bestehen. — Die Kranke kneift ohne Anlass oft den Mund zusammen, spitzt die Lippen, macht Schnuten; ausserdem ist auffällig, dass sie häufig das Kinn plötzlich vorstreckt, als ob sie Mühe mit dem Schlucken hätte, ohne indessen eine Schluckbewegung zu machen. — Nichts von spinalen Symptomen. Abends wird noch Isolierung erforderlich.

5. IV. Etwas ruhiger, auf Station, energisches Sträuben gegen die Ernährung.

6. IV. Morgens auffälliger spastischer Gang. Steifigkeit in dem Streckern des Knies. Starke Sehnenphänomene an Patellar- und Achillessehnen. Deutlicher Fuss- und Patellarklonus. Starker tremor, der übrigens schon in den Tagen zuvor bemerkbar war; der Symptomkomplex bleibt mehrere Tage bestehen, verschwindet dann wieder und lässt sich im Laufe des Monats noch mehrfach nachweisen. Psychisch ist das Bild ziemlich

stabil. Die Kranke steht dauernd unter der Wirkung schwerer hypochondrischer Angst, sodass des öftern Sondenernährung erforderlich wird. Sie ist ohne Mittel stets schlaflos. Äusserlich bleibt sie geordnet, besorgt sich selbst. Die Orientierung ist stets erhalten. Paralytische Symptome lassen sich nicht nachweisen.

Am 28. IV. versuchte die Kranke ein Suicidium durch Strangulation.

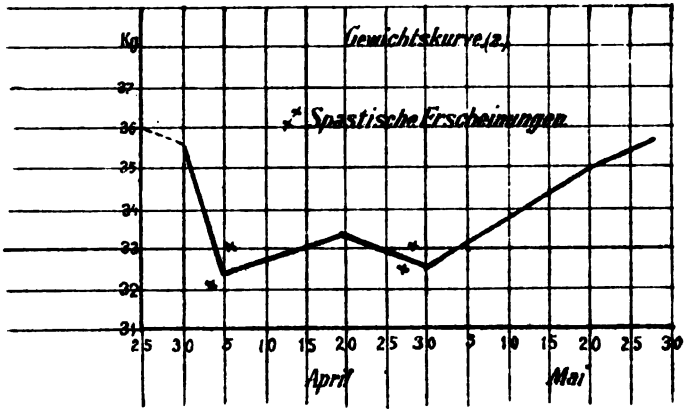
30. IV. Die Kranke wird wegen ihres monotonen Jammerns auf die unruhige Station verlegt. Dort ist unter dem 8. V. notiert: spastischer Gang. Steigerung der Patellarreflexe, Andeutung von clonus. Psychisch: Dauernder Entlassungsdrang, Nahrungsverweigerung auf Grund der intestinalen Sensationen schlaflos, häufig isoliert, hält sich rein.

Am 15. V. klinische Demonstration als Bild einer hypochondrischen Angstpsychose. Von Mitte Mai trat allmählig etwas Beruhigung ein, die Kranke isst meist spontan, allerdings kaum ausreichend, schläft ohne Schlafmittel.

Am 31. V. An Stelle der Reflexsteigerung ist vorübergehend eine subnormale Beschaffenheit der Reflexe getreten. Die Spasmen sind geschwunden. Von psychischen Symptomen ist ausser den früheren Erscheinungen einmaliges Auftreten optischer Hallucinationen zu konstatieren, sie sieht in der Nacht ihren Mann mit dem Kind am Bett stehend, hat übrigens tags darauf Einsicht in die Krankhaftigkeit der Erscheinung. Gehörshallucinationen lassen sich nicht mit Sicherheit feststellen. — In der Intensität der Depression macht sich eine gewisse Periodizität geltend. Auf 2 bis 5tägige Stadien leidlicher Beruhigung folgen heftigere Erregungszustände von 1 bis 3tägiger Dauer.

Anfang September lässt sich während des Stadium motorischer Beruhigung folgender Befund feststellen. Normale Beschaffenheit der Sehnenphänomen und der Muskulatur. Keine Sprach- und Schriftstörung. Prompte Pupillarreaktion. Die Zunge, Hände und Beine zeigen noch immer tremor. Sensibilität ohne Störung. Gesichtsausdruck ängstlich hypochondrisch. Auf ihre hypochondrische Ideen angesprochen fängt sie an zu jammern, wünscht sich den Tod, man solle sie operieren. Eine Verarbeitung der Sensationen im Sinne der Systematisierung hat nicht Platz gegriffen. Schweres Unglücksgefühl, gelegentlich mit Andeutungen von Selbstanklagen; sie klagt über Angst im Kopfe und Denkerschwerung. Im Vergleich zum

Beginn der Psychose hat der Affekt wesentlich an Energie verloren, sie ist unschwer auf andere Dinge abzulenken, zeigt bei der Exploration gute Aufmerksamkeit. Sie ist örtlich und zeitlich orientiert, kennt ihre Mitkranken trotz des grossen Wechsels in der Besetzung ihres Saales mit Namen und beurteilt sie zum Teil ganz richtig. Das Gedächtnis zeigte in manchen Gebieten hauptsächlich im engern Kreise ihrer eigenen Erlebnisse guten Bestand, dagegen weist der Stand allgemeiner Kenntnisse erheblichere Lücken auf, insbesondere versagt sie bei Anforderungen, die ihre Aufmerksamkeit intensiver und längere



Zeit in Anspruch nehmen, bei kompliziertern Additions- und Divisionsaufgaben. Die Merkfähigkeit, an 4 stelligen Zahlen geprüft, ist nicht wesentlich herabgesetzt. — Sie schreibt formell äusserst sorgfältig, hat auch im übrigen sich gute Gewohnheiten bewahrt; sie interessiert sich für das Wohlergehen ihrer Kinder und hat Beschäftigungsbedürfnis. Auch hier giebt die Gewichtskurve ein ziemlich charakteristisches Bild des Krankheitsverlaufs. Da die Pat. zur Zeit der Aufnahme sich bei einem Körpergewicht von 35,5 kg schon in äusserst reduziertem Kräftezustand befand, waren die den psychischen Erscheinungen parallel gehenden Körpergewichtsschwankungen nicht so erheblich, immerhin machte sich zur Zeit der akutesten Erscheinungen trotz Anwendung der Sondenernährung noch eine Abnahme von mehr als 2 kg bemerkbar.

Bemerkenswert ist der eigenartige Beginn der Psychose mit den anscheinend neuralgischen Beschwerden, die erst an eine periphere Nerven-

affektion denken liessen, welche aber auf Grund des thatsächlichen Befundes ausgeschlossen werden konnte. Vielmehr haben diese, wie die späteren hypochondrischen Beschwerden, ohne Zweifel dieselbe zentrale Ursache.

Dieser hypochondrische Charakter bleibt der Psychose während ihres ganzen Verlaufs gewahrt. Angst, Krankheits- und Unglücksgefühl lassen sich mit grosser Deutlichkeit als hypochondrisch bedingte Sekundärerscheinungen nachweisen. Es ist auffällig, welche geringe Rolle anderweitige psychotische Symptome im Verlaufe der Psychose spielen. Nur während der höchsten Akuität machen sich die den hypochondrischen Sensationen nahestehenden Hallucinationen der niederen Sinnesgebiete bemerkbar, gleichzeitig mit dem Gefolge des Beachtungswahnes in diesem Sinne. In dieses Stadium fällt das Auftreten der spastischen Erscheinungen und sie bleiben mit mannigfachen Intermissionen über die akuteste Zeit, die sich bis Mitte Mai erstreckt, bestehen. Mit dem Eintritt der motorischen Beruhigung verlieren sich Spasmen und Reflexsteigerung, es tritt auch hier eine Art negativer Schwankung ein, insofern nunmehr der Patellarreflex vorübergehend auffällig schwach wird, um später wieder ganz zur Norm zurückzukehren. Vorausgegangen waren den spinalen Erscheinungen pseudospontane Bewegungen im Gebiete der Gesichtsmuskulatur, die im weitern Verlaufe der Psychose wieder verloren gingen. Die Annahme, dass wir es hier mit einer hypochondrischen Paralyse zu thun haben, möchte ich aus einer Reihe von Gründen von der Hand weisen. Wir haben auch hier ausser der eigentümlichen passageren Veränderung der Sehnenreflexe und des Muskeltonus nichts, was auf eine Beteiligung des Projektionssystems hinweisen könnte. Von Seiten des psychischen Bildes betrachtet, spricht die monotone Gleichartigkeit der hypochondrischen Verstellungen, ohne das sich phantastisch-demente, spezifisch paralytische Deutungen anschliessen, gegen die Paralyse. Die Kranke bewahrt sich dauernd gute Gewohnheiten in Bezug auf körperliche Reinhaltung und in affektfreien Zeiten lässt sich bei ihr nicht allein keine eigentliche Demenz nachweisen, sondern es zeigt sich sogar, dass ein leidliches Urteil, eine nicht nachweissbar reduzierte Aufnahmefähigkeit für neue Eindrücke und Interesse für ihre Angehörigen vorhanden ist. Das Fehlen jedes konsekutiven Erklärungswahns, wie es einerseits gegen die Entwicklung einer progressiven systematisierenden Psychose spricht, muss, da gleichzeitig der Affekt

nachlässt und trotzdem keinerlei Tendenz zur Heilung sich zeigt, immerhin als eine Art Stillstand der associativen Thätigkeit betrachtet werden. Die Stabilität der hypochondrischen Ideen, die Entwicklung einer gewissen Periodizität in den Affektäusserungen weisen gleichfalls auf einen ungünstigen Verlauf hin.***)

Der nächste Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, das von Jugend auf nicht besonders begabt, in der Schule jedoch mitgekommen war. Bis wenige Tage vor ihrer Aufnahme war die Kranke mit geringem Tagelohn in der Fabrik beschäftigt gewesen, hatte sich sehr kümmerlich durchgeschlagen und nach Angabe der Mutter namentlich in den letzten Monaten viel hungern müssen. Mitte Dezember 1893 erkrankte sie akut und bot in den ersten Tagen zu Hause ein im wesentlichen ängstlich hallucinatorisches Bild, das von stuporösen Zuständen abgelöst wurde. In einem derartigen Zustande wurde sie mit der Diagnose Typhoid vom Arzte in die interne Klinik verbracht, von dort nach 2 Tagen den 29. XII. der psychiatrischen Klinik überwiesen.

Bei der Aufnahme bot sie vor allem einen wesentlichen Ausfall an

***) Seit dem Niederschreiben der beiden vorstehenden Krankheitsgeschichten ist über ein halbes Jahr vergangen. Der weitere Verlauf hat in beiden Fällen die ungünstig gestellte Prognose bestätigt. Die erstgenannte Patientin zeigt noch jetzt gelegentlich Episoden von tremor, Grimmassieren und andern motorischen Erscheinungen. Von spastischen Symptomen hat sich nichts mehr bemerkbar gemacht. Das Projektionssystem ist völlig intakt. Noch jetzt bestehen sprachliche Gehörshallucinationen und Beachtungswahn. Der Affekt ist wechselnd ohne Nachhaltigkeit, gelegentlich freier Augenblicke legt die Kranke eine verblüffende formale Gewandtheit an den Tag, und zeigt gleichzeitig eine auffällig gute Rückerinnerung an den Verlauf der bisherigen Psychose. Von neu hinzugetretenen Erscheinungen ist zu erwähnen, dass die Kranke jetzt neben den Verfolgungsideen Grössenideen zeigt. Doch hat dieser Grössenwahn mit dem labilen, suggestiv nach jeder Richtung beeinflussbaren Grössenwahn des Paralytikers keine Verwandschaft, unterscheidet sich bezüglich der Genese jedoch auch von dem der systematisierenden Psychosen. Die Dinge ihrer Umgebung kommen ihr bekannt vor, sie findet „Ähnlichkeiten" mit denen ihres früheren Haushalts, identifiziert sie mit diesen und kommt so zu der Idee, dass alles, was um sie ist, ihr gehört.

Die zweite Kranke ist sich psychisch fast völlig gleich geblieben. Die Intensität der hypochondrischen Sensationen hat nachgelassen, dagegen bestehen die tagelang dauernden Schreianfälle fort. Ausserhalb derselben zeigt die Kranke ein komponiertes Verhalten und gute Gewohnheiten; die Defekte die früher schon nachgewiesen werden konnten, bestehen fort, haben sich sogar vermehrt. Auch hier ist das Projektionssystem völlig intakt und auch die Sehnenphänomen und die passive Beweglichkeit bieten keine Besonderheit.

Spontaneität und zeigte in allen motorischen Leistungen erhebliche Erschwerung. Einfache Reaktionen geschehen verlangsamt, bei komplizierteren Aufträgen versagt sie vollständig. Ihre Antworten sind völlig inkohärent und sinnlos, häufig sogar von paraphasischer Wortbildung. Auffällig ist ein deutliches Haftenbleiben an einmal von ihr ausgeführten Bewegungen und Neigung zu rhytmischer Wiederholung derselben. Das Gesicht ist kongestioniert. Starker tremor hauptsächlich beim Schreiben. Die Reflexe zeigen keine Besonderheiten; deutliche Dermographie; von somatischen Störungen ist das Bestehen einer akuten Gonorrhöe bemerkenswert. In den folgenden Tagen zeigt die Kranke ein äusserst wechselvolles Bild. Anfälle schwerer hypochondrischer Sensationen im abdomen, durch welche die Kranke zu eigentümlich strampelnden Bewegungsäusserungen veranlasst wird, Angstanfälle mit Rededrang, in welchem reichliche, bedrohliche Gehörshallucinationen zum Vorschein kommen, unterbrechen das im wesentlichen akinetische Bild. In der Angst ist die Kranke gelegentlich unrein mit Urin, verweigert vorübergehend die Nahrung. — Sie grimmassiert viel mit der Mundmuskulatur. — Mitunter ist sie etwas freier, so dass sich feststellen lässt, dass die Kranke wenigstens vorübergehend örtlich orientiert ist.

In den akinetischen Zuständen zeigt die Kranke häufigen Wechsel zwischen flexibititas, Negativität und völliger Passivität.

Am 8. I. Morgens Negativität vielleicht auf hypohondrischer Grundlage; schmerzhaft verzogenes Gesicht. Mittags völlig passiv, aus dem Bett genommen, taumelt sie beim Stehen, schluckt nicht, lässt den Speichel fliessen, Gesichtsausdruck ängstlich. Starker tremor. Stark erhöhte Reflexe der Patellar- und Achillessehnen beiderseits; Rechts deutlicher Fussklonus, links nicht auszulösen. In der Folgezeit des öftern beim Gehen deutliches Kleben der Fussspitzen beim Gang. Öfters isolierte Steifigkeit in den Streckern des Oberschenkels.

Der Fussclonus ist rechts noch mehrere Tage nachzuweisen. Die Reflexsteigerung bleibt bis Ende Januar bestehen, bald mehr bald weniger ausgesprochen.

Dauernd zur Norm zurückgekehrt sind die Reflexe von Mitte Februar ab; vasomotorische Störungen, Dermographie, Kongestionen zum Gesicht lassen sich noch längere Zeit nachweisen. Psychisch bleibt das Bild im wesentlichen dasselbe. Die Energie der Affektäusserungen ist etwas geringer, die Erregungszustände seltener. In der Ruhezeit

lässt sich dauernd flexibilitas caerea nachweisen. Häufig ist sie mutacistisch. Gelegentlich treten Vergiftungsideen auf hypochondr. Grundlage auf, sie spüre in den Beinen, dass man sie vergiften wolle, sie zeigt auch bezüglich des Essens, das sie bekommt, Beachtungswahn, isst aber trotzdem ausreichend. Meist besorgt sie sich nichts und lässt häufig unter sich gehen. Eine deutliche Entwicklung in der Richtung der Verblödung zeigt sich von Ende März ab. Der Gesichtsausdruck wird leer, sie ist häufig euphorisch, und nimmt ein läppisches Wesen und eine kindliche Sprechweise an. Sie zeigt nunmehr dauernd unsaubere Gewohnheiten, Verfolgungs- und Vergiftungsideen von wechselndem Inhalt, offenbar durch Gehörshallucinationen und Sensationen bedingt, kommen hin und wieder zu Tage, beeinflussen im übrigen ihre Stimmung jedoch nur noch wenig. Ende August wird die Kranke in eine Provinzialanstalt überführt, wo sie sich noch befindet. Soweit uns bekannt geworden, sollen sich dort die psychotischen Erscheinungen mehr und mehr verloren haben, während der Verblödungsprozess weitere Fortschritte machte.

Was die Frage der Paralyse anlangt, so liegt dieser Fall durch die Jugend der Patientin besonders günstig, ebenso bieten Entwicklung und Verlauf keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme eines paralytischen Prozesses. Es handelt sich um einen Fall, bei dem vielleicht in ätiologischer Beziehung der Pubertät noch eine gewisse Bedeutung zukommt, obwohl die Psychose erst mehrere Jahre nach Eintritt der Menses ausbrach. Der Verlauf verdient einerseits wegen des eigentümlichen Schwankens, in dem motorisch und sensorisch bedingte Symptome abwechseln, anderseits wegen der rapiden Entwicklung im Sinne der Demenz Beachtung. Besonders bemerkenswert scheint mir, dass sich eine Zeit lang in der Intensität der spastischen Erscheinungen eine Differenz zu Gunsten der einen Seite nachweissen liess, eine Erscheinung, die man bislang (vielleicht abgesehen von der traumatischen Neurose) als charakteristisch für das Vorhandensein einer paralytischen oder einer palpablen organischen Gehirnveränderung verwerten zu dürfen glaubte.

Eine vierte Beobachtung betrifft eine 27jähr. Frau eines jüdischen Geistlichen, die erst in einer Privatklinik für Nervenkranke einige Wochen genau beobachtet und behandelt worden war. Sie hatte dort wie schon in früheren Jahren vorübergehend, lediglich hysterische Klagen und keinen pathol. somatischen Befund geboten. Nach-

dem dort eine mässige Gewichtszunahme erzielt worden war, fing sie 2—3 Tage vor der Aufnahme in die hiesige Klinik schlecht zu schlafen an und über Unfähigkeit, einen Gedanken zu fassen, zu klagen. Ein Angstzustand in der Nacht mit kombiniertem Gehörs- und Gesichtshallucinationen veranlasste am 21. V. 95 die Verbringung in die Klinik. Zu Anfang besitzt sie noch die Orientierung, klagt über Kopfschmerzen, zeigt neben einer auffälligen optischen und akustischen Hyperaesthesie eine starke Ermüdbarkeit und Hastigkeit in allen motorischen Äusserungen. Sie hat schweres psychisches Krankheitsgefühl. Schon am 2. Tage entwickelte sich ein äusserst schweres psychisches Krankheitsbild. In heftiger motorischer Unruhe wirft sie sich umher, stürzt sich über die Schutzbretter, kann mitunter weder gehen, noch stehen, sinkt in völliger Passivität zusammen, um sich dann wieder in tetanischer Muskelanspannung auszustrecken. Das Gesicht ist dann kongestioniert, die Extremitäten kühl und cyanotisch, die Atmung beschleunigt.

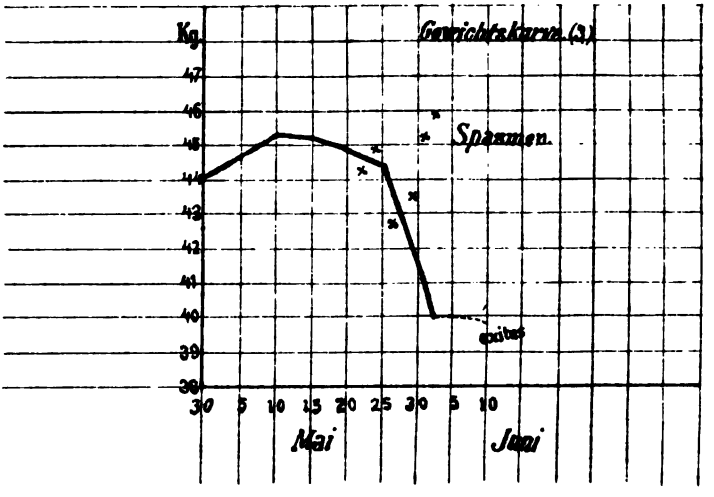
Sehr starker und andauernder Fuss- und Patellarklonus, die vorher nie beobachtet waren. Die Kranke setzt der Untersuchung unter dem Einfluss von Angst zum Teil wohl auch automatisch Widerstand entgegen. Es fällt schwer das Bestehen der verminderten passiven Beweglichkeit in der untern Extremität mit Sicherheit von psychotisch bedingter Spannung zu unterscheiden. Der Gang der Pat. zeigt ein eigentümlich wechselndes Verhalten offenbar zumeist infolge psychischer Beeinflussung, bald geht sie hüpfend auf den Zehenspitzen, bald setzt sie die Füsse in übertriebener Plantarflexion und im Halbbogen ähnlich der hemiplegischen Gangstörung auf. Gelegentlich geht sie auch ohne jede Störung. . Die Reflexe der obern Extremität sind nicht nennenswert gesteigert. — Die sprachlichen Äusserungen bestehen nur selten mehr aus zusammenhängenden Worten, sie verbigeriert stundenlang einzelne Silben und hauptsächlich Vokale „e und i, e und i, e und i, e und i, i und e, o und u“ u. s. f.

Die motorischen Äusserungen sind zum Teil offenbar hypochondrisch und durch Parästhesien bedingt; so kratzt sie sich am ganzen Körper, schlägt sich ins Gesicht, greift sich oft plötzlich rücksichtslos in die vagina, so dass sie Gefahr läuft sich selbst zu beschädigen, stopft sich das Hemd in die vagina, drückt sich den Leib zusammen, fasst und reisst sich energisch an der Bauchhaut. Ausserdem bestehen reichliche, sprachliche Gehörshallucinationen, sie horcht an der Wand, und antwortet

häufig auf „Stimmen," von indifferenten zeitweise auch ängstlichen Inhalt. Sie verkennt die Personen der Umgebung wechselnd, lässt gelegentlich Urin unter sich, oder hält ihn an, so dass Katheterisierung erforderlich wird. Die Kranke ist ganz schlaflos. Im Gebiete der Gesichtsmuskulatur unausgesetztes krampfhaftes Minenspiel, hauptsächlich in der Muskulatur des Mundes. Sie macht Schnuten, grinst, zeigt die Zähne, verzerrt das ganze Gesicht, spitzt den Mund, produziert viel Speichel. — Sehr starker tremor der Hände und Beine, geringerer des Kopfes und der Zunge. Der clonus ist nach 2 Tagen wieder geschwunden.

Am 29. V. klinische Demonstration als ein Bild schwerster akuter Psychose. Die Reflexsteigerung ist ganz geschwunden. Zu Anfang Juni einige Tage namentlich morgens etwas besser, verlangt Wäsche, reinigt sich die Zähne, ist jedoch völlig desorientirt. Bald setzen wieder die früheren Erscheinungen ein. Unter wildem Bewegungsdrang vom früheren Charakter, profusen Schweissen, heftigem tremor der Extremitäten und oft des Gesamtkörpers tritt unter zunehmender Cyanose, unregelmässigen Temperatursteigerungen schliesslich trotz der Darreichung reichlicher Analeptika und der Sondenernährung am 7. Juni der Tod ein.

Leider war die Obduktion seitens der Angehörigen nicht gestattet worden.



Nach dem ganzen Verlauf wird man nicht fehl gehen, wenn man den Fall zunächst den unter dem Sammelbegriff delirium acutum

beschriebenen Fällen anreiht. Bei der Schwere der allgemeinen Erscheinungen konnte ernsthaft an die differentiell diagnostische Frage der Meningitis gedacht werden, sie musste aber auf Grund der dominierenden psychischen Erscheinungen, wie auf Grund des Fehlens charakteristisch meningitischer Erscheinungen ausgeschlossen werden.

Eine foudroyant verlaufende Paralyse kann man wie ich glaube in Berücksichtigung die Anamnese ausschliessen. Die Jugend der Patientin, der fehlende Nachweis und die Unwahrscheinlichkeit luetischer Antecedentien, der Nachweis der intellektuellen Leistungsfähigkeit der Kranken, die sich noch wenige Wochen vor der Aufnahme an den wissenschaftlichen Arbeiten ihres Mannes mit Erfolg beteiligt hatte, das Fehlen jedes Ergriffenseins des Projektionssystems sprechen mit grösster Wahrscheinlichkeit dagegen. Der einzige Anhaltspunkt bleibt die Rapidität des Verlaufs, die Intensität der Erscheinungen und der letale Ausgang. Da es ohne Zweifel akute Psychosen mit rapidestem Verlauf und letalem Ausgange auf nicht paralytischer Grundlage giebt, von denen nach den Erfahrungen der hiesigen Klinik jugendliche Individuen mit Vorliebe betroffen werden, so liegt hierin nichts die Paralyse beweisendes. — Die Frage nach der Todesursache ist in solchen Fällen nicht leicht zu beantworten. Die vegetativen Organe erwiesen sich bei genauester Untersuchung, die sich während des Aufenthalts in der Privatklinik noch sehr wohl bewerkstelligen liess, ohne pathologischen Befund. Ein geringer Eiweissgehalt war wenige Tage ante mortem im Urin zu konstatieren, ein Befund, der bei enormen motorischen Kraftaufwand und den gleichzeitigen Temperatursteigerungen erwartet werden durfte. Nach Analogie ähnlich verlaufender und durch Sektionsbefund bestätigter Fälle, in den sich einfach nichts von wesentlichen pathologischen Veränderungen fand, wird man auch im vorliegenden Fall den Krankheitsprozess im Gehirn direkt mit dem letalen Ausgang in Beziehung zu bringen haben. Die Gewichtskurve lässt in ihrem rapiden Abfall die Akuität des Prozesses erkennen.

Um noch einmal all' die Punkte zusammenzufassen, die es mir als nicht gerechtfertigt erscheinen lassen, in den vorliegenden Fällen Paralysen zu erblicken, so ist es zunächst das Fehlen eines paralytischen Prodromalstadiums, das Fehlen einer Beteiligung des Projektionssystems im Facio-lingualgebiete, die ganze Eigenart der Psychosen, in deren Verlauf, wenn sie auch schliesslich zum Defektzustand führen, nirgends die spezifisch-paralytische Demenz weder in der Ausarbeitung der

psychotischen Symptome noch in dem gesamten Verhalten und Gebahren der Kranken sich bemerkbar macht. Ausserdem ist es noch von Bedeutung, dass in keinem der Fälle Anhaltspunkte für eine überstandene lues bestehen.

Ich komme nun zur Besprechung der spastischen Erscheinungen und hier ist zunächst zu bemerken, dass uns die einschlägige psychiatrische Litteratur fast lediglich in das Bereich der progressiven Paralyse führt. Thatsächlich wird es niemand, der sich mit dieser Krankheit beschäftigt hat, unbekannt sein, dass Muskelspannungen und erhebliche Reflexsteigerungen eine der häufigsten Begleiterscheinungen wohl eine häufigere, als es das Fehlen des Partellarreflexes ist, bilden. Ebenso ist es bei der Paralyse eine bekannte, für die zeitliche Aufeinanderfolge des Ergriffenseins von Seitenstrang und Hinterstrang verwertete Beobachtung, dass die Reflexsteigerung nicht immer stabil ist, sondern dass sie in manchen Fällen allmählich mehr oder weniger rasch abnimmt und gelegentlich einem vollständigen Erlöschen Platz macht. Dass auch dass umgekehrte vorkommt, dass fehlende Partellarreflexe wiederkehren und bis zu Clonus sich steigern, dass die entsprechende Schlaffheit der Gelenke schwindet beziehungsweise durch auftretende Spasmen verdeckt wird, konnten wir in der hiesigen Klinik in mehreren Fällen feststellen. Man darf es ohne Zweifel als eine völlig gesicherte Thatsache betrachten, dass in der Mehrzahl dieser Fälle dem eigentümlichen Verhalten der Sehnenreflexe und des Muskeltonus bestimmte anatomische Veränderungen der Pyramidenseiten- und der Hinterstränge entsprechen. — Immerhin ist die Übereinstimmung zwischen klinischer Beobachtung und dem anatomischen Befunde keine vollständige, es scheint thatsächlich Fälle zu geben, in denen bei ausgesprochenen und andauernden sogenannten Seitenstrangerscheinungen der entsprechende anatomische Rückenmarksbefund fehlt. Auch Fürstner*) erwähnt in seinen Untersuchungen das auffällige Missverhältnis, das sich gelegentlich zwischen den eklatanten klinischen Erscheinungen und dem geringen, beziehungsweise gänzlich fehlenden anatomischen Befunde im Bereiche der Pyramidenbahn vorfindet. — Besonders bemerkenswert in dieser Beziehung ist der von Zacher**) publizierte Fall, in welchem eine

---

*) Archiv für Psychiatrie 1892.

**) Archiv für Psychiatrie 13.

bestehende Paralyse von sehr hochgradiger Muskelsteifigkeit, die bis zu Kontrakturen führte, und von Reflexsteigerungen begleitet war, ohne dass dabei ein Befund im Rückenmark die erwartete Erklärung gebracht hätte.

Eine ähnliche Bedeutung kommt dem von Sternberg erwähnten Falle aus der Meynert'schen Klinik zu, in welchem ein lange Zeit beobachteter typischer spastischer Symptomkomplex mit dem Eintritt einer Remission der Paralyse völlig verloren ging. Man darf wohl hiernach auch von diesem Falle annehmen, dass wenn der Kranke zur Zeit des Bestehens der spastischen Symptome zur Obduktion gekommen wäre, sich ein Befund an den Seitensträngen nicht ergeben hätte. Ich komme auf diese Fälle noch später zurück.

Abgesehen von dem Werte für die Diagnose der Paralyse finden wir die Bedeutung der Sehnenphänomene im ganzen in der Psychiatrie nicht hoch angeschlagen, in eine Reihe von Lehrbüchern finden sie gar keine Erwähnung. Ziehen hält, wie mir scheint mit Recht, eine mässige Steigerung der Sehnenreflexe für bedeutungslos, eine erheblichere bis zum Auftreten klonischer Phänomen gehende findet er abgesehen von der Paralyse und den Psychosen auf organischer Grundlage nur bei Hysterie, Neurasthenie und Epilepsie eine Umgrenzung, die ohne Zweifel zu eng ist. Bei der Beschreibung seines katatonischen Krankheitsbildes erwähnt Kräpelin erheblichere Reflexsteigerungen als häufig.

Schwankungen und Wechsel in der Intensität der Reflexsteigerung, wie sie für unsere Fälle charakteristisch sind, finden sich in vereinzelten Veröffentlichungen erwähnt. So beobachtete Tanzi*) bei einem Kranken erhöhte Reflexerregbarkeit der Achillessehnen während eines stuporösen Stadiums einer Psychose; mit dem Schwinden des Stupors war wieder normales Verhalten der Sehnenphänomene zu konstatieren. Diesem Falle liessen sich aus den Erfahrungen unserer Klinik eine grössere Anzahl von Beobachtungen anreihen; es scheint bei einer gewissen Gattung von Psychosen fast das gewöhnliche Verhalten zu sein, dass bestimmten Stadien ein bestimmtes Verhalten der Reflexe entspricht. Longaard**), der auch bei Geisteskranken akute Reflexsteigerungen beobachtete, kommt zu dem Schlusse, dass es die Höhe der psychischen Erregung ist, welche bestimmend auf die Stärke der

*) cfr. Neurolog. Centralblatt 1892 S. 48.

**) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1.

Sehnenphänomene einwirkt. Die Fälle, die er anführt, sind jedoch so summarisch behandelt, dass sich für unsere Zwecke wenig verwertbares eruieren lässt. Seine Annahme, dass es die Höhe des Affektes ist, die starke klonische Phänomene selbst von halbseitigem Typhus hervorrufen kann, ist in dieser Allgemeinheit sicherlich nicht zutreffend. Man wird nicht leicht bei einfach maniakalischem oder schwerem Angstaffekt bis zu Klonus gehende Reflexsteigerungen antreffen; wenn sie dabei angetroffen werden, so handelte es sich sehr häufig, wie auch in mehreren Fällen von Longaard, um eine hysterische, epileptische, alkoholistische, paralytische oder ähnliche Grundlage, oder aber die klonischen Erscheinungen kündigen das Nachfolgen anderer Symptome an, beziehungsweise sind schon mit solchen verknüpft. Eine Reihe bestimmter zusammengehöriger Symptome ist es vor allem, an welche das Auftreten starker Reflexerhöhung nach unseren Erfahrungen mit einer gewissen Gesetzmässigkeit gekettet ist; selten wird man, wo man ausgesprochene motorische Phänomene, Flexibitas, Negativität, Passivität, pseudospontane Bewegungen etc. sieht, eine erhebliche Reflexsteigerung vermissen. So findet man, dass häufig im Verlaufe einer Psychose, die zu Anfang vielleicht im wesentlichen ein Bild der Angst und der aus ihr resultierenden Erscheinungen und zu der Zeit einen normalen Sehnenreflexbefund geboten hat, später, wenn sich ein Krankheitsstadium, in dem die genannten motorischen Elemente dominieren, angeschlossen hat, eine starke Erhöhung der Patellar- und Achillessehnenreflexe eintritt. Diese pflegt sich im Verlaufe der Rekonvaleszenz zu verlieren. Charakteristischer wird die Erscheinung noch bei wechselvollerem Verlaufe der Psychose, wenn sich die Reflexschwankung des öftern wiederholen kann. Ausgesprochene klonische Phänomene sind dabei relativ selten, kommen aber ohne Zweifel vor.

In den vorliegenden Beobachtungen ist neben der Intensität der Reflexsteigerung vor allem das ganz akute Einsetzen, die auffälligen Schwankungen und das gleichzeitige Bestehen von Steifigkeit in den zugehörigen Muskelgruppen bemerkenswert. Das letztere Moment insbesondere ist geeignet, sie von gewöhnlichen bei Psychosen und Neurosen zu beobachtenden Reflexsteigerungen zu trennen. Da gerade der Nachweiss der Muskelsteifigkeit diesen Fällen ein besonderes Gepräge giebt, halte ich es nicht für überflüssig zu erwähnen, dass ich mir der Schwierigkeit, welche der Untersuchung mässiger Grade von

Muskelrigidität überhaupt und insbesondere bei Geisteskranken durch interkurrente Willkürinnervation sich entgegenstellen, wohl bewusst war. Immerhin führt auch hier vorsichtige und mehrfache Untersuchung fast stets zu einem Resultate; ausserdem findet man im Nachweise der charakteristischen Gangstörung eine wesentliche Unterstützung.

Für die Deutung des ganzen Symptombildes bietet das Vorhandensein der Spasmen im Verein mit der Reflexsteigerung in den entsprechenden Muskelgebieten eine unverkennbare Schwierigkeit. Zustände von Muskelsteifigkeit sind ja an und für sich innerhalb des Rahmens der akuten Psychosen eine recht häufige Erscheinung und unter dem Namen der Negativität, bald ein rein motorisches oft auch ein psychosensorisch bedingtes Symptom darstellend, bekannt. Von der verminderten passiven Beweglichkeit, wie wir sie aus der neurologischen Symptomatologie kennen, ist sie in der klinischen Erscheinungsweise zunächst insofern unterschieden, als die Steifigkeit der Negativität für die direkte Beobachtung sich von der extremen bewussten Willkürinnervation nicht unterscheidet und infolge dessen Grade von Muskelstarre resultieren, wie sie selbst bei den ältesten Hemiplegien kaum beobachtet werden. Ausserdem ist die Negativität zwar nicht immer, aber doch sehr häufig dadurch charakterisiert, dass die Steifigkeit bei völliger Ruhelage nicht vorhanden ist, sondern erst gewissermassen reflektorisch, bei Berührung entsteht und bei dem Versuche der passiven Bewegung noch zunimmt. Die Veränderungen welche die Herzaktion, die Pulsfrequenz und die Atmung während der Zustände von ausgebreiteter Negativität zeigen, sind bekannt und ich brauche sie nicht näher ausführen. Man kann beim Anblick der Negativität sofort sagen, dass es sich um eine Störung von transkortikalem Charakter handelt; die in unsern Fällen beobachtete Steifigkeit hat mit der Erscheinung der Negativität nicht zu thun.

Man ist nach den bisherigen klinischen Erfahrungen gewöhnt, Fuss- und Partellarklonus in Gemeinschaft mit der Erscheinung der verminderten passiven Beweglichkeit auf ein sekundäres oder primäres Ergriffensein der II. motor. Neuron zu bezeichnen und wäre deshalb zunächst genötigt, für unsere Fälle ein direktes Übergreifen des Krankheitsprozesses auf die Projektionsbahn anzunehmen. Wenn sich nun auch ein prinzipielles Bedenken dagegen, dass auch gelegentlich in ihrem akutesten Stadium eine sogenannte einfache Psychose, zumal wenn sie wie gerade in unsern Fällen mit schweren motorischen Reiz-

erscheinungen einhergeht, auf die tiefer gelegenen motorischen Endstätten und ihre Projektion übergreift, nicht erheben lässt, so wird man doch nicht gerne ohne zwingenden Grund die für die klinische Beurteilung so wesentliche Schranke, dass eben gerade das Übergreifen auf das Projektionssystem eine Eigentümlichkeit der Paralyse bildet, fallen lassen. Es scheint mir deshalb von Bedeutung, auf die Eigenart unserer spastischen Erscheinungen, die in der Art ihres Auftretens jede Analogie mit den spinalen Spasmen vermissen lassen, hinzuweisen. Während die Entwickelung der bekannten Spasmen bei organischen Herd- und Strangerkrankungen und auch bei der Paralyse allmählig, jedenfalls fast nie plötzlich geschieht, die Steifigkeit im Verlauf bis zur gewissen Grenze mehr und mehr zunimmt, haben wir in unsern Fällen ein ganz akutes Auftreten, in einigen ein ganz diskontinuierliches Hin- und Herschwanken der Intensität, vorübergehend selbst subnormale Beschaffenheit und schliesslich eine völlige restitutio in integrum zu beobachten. Schon wegen dieses eigenthümlichen Verhaltens wird man gut thun, den Spasmen in unsern Fälle eine besondere Stellung anzuweisen. Und man wird hierzu um so mehr Berechtigung haben, als das Wesen des Muskeltonus und seine Beziehungen zu den Sehnenreflexen, die Abhängigkeit beider zusammen von kortikalen Vorgängen keineswegs schon so aufgeklärt sind, dass man das Auftreten von Muskelspasmen in Gemeinschaft mit Steigerung der Sehnenphänomene notwendigerweise an ein direktes Ergriffensein der Projektionssysteme gebunden erachten müsste. Auch die klinische Beobachtung, wenn wir uns des oben erwähnten Falles von Zacher und des von Sternberg zitierten Kranken aus der Meynert'schen Klinik erinnern, weist darauf hin, dass selbst Fälle mit lange Zeit bestehenden Spasmen nicht immer eine anatomische Läsion des zweiten motorischen Neuron zur Grundlage haben. Wenn man weiterhin die Schlussfolgerungen zieht, die sich aus der zuerst von Bastian und neuerdings wieder von Bruns*) in ihrer Bedeutung gewürdigten Beobachtung ergeben, dass nämlich bei totaler Quertrennung des Rückenmarks in den oberen Partien trotz absteigender Pyramidendegeneration und gut erhaltenen Lendenmarks der Partellarreflex erloschen und die Lähmung schlaff bleibt, so ergiebt sich eine neue mit den bisherigen Anschauungen kaum zu vereinbarende Schwierigkeit und man muss darnach wohl annehmen,

*) Archiv für Psychiatrie Bd. 25.

dass die sogenannten Seitenstrangsymptome überhaupt nicht als eine einfache Folgeerscheinung der absteigenden Pyramidenstrangdegeneration zu betrachten sind.

Man wird durch diese Erfahrungen darauf hingewiesen, sich für die anscheinend unzureichende alte Auffassung eine neue Erklärung für den Mechanismus von Kniephänomen, Muskeltonus und spastischen Erscheinungen zu schaffen. Die in den letzten Jahren mehr und mehr bestätigten Beobachtungen, dass bei Kleinhirnaffektionen der Patellarreflex des öftern verloren geht, während die in Betracht kommende Zone des Lendenmarkes und die peripheren Nerven völlig intakt waren, giebt der Bastianschen Auffassung, dass bezüglich des Muskeltonus eine Correlation zwischen Kleinhirn und Rinde der Centralwindung besteht, einen wesentlichen, wenn auch nicht den einzigen Stützpunkt. Ob die Wirkungsart, wie Bastian annimmt, eine in der Weise antagonistische ist, dass dem Kleinhirn ein tonisierender Einfluss auf die Vorderhornzellen zukäme, der durch das Grosshirn gehemmt wird, oder ob es sich um andersartige Beziehungen handelt, lasse ich dahingestellt. Immerhin könnte man sich für unsere Fälle unter der Annahme eines derartigen äquilibrierenden Verhaltens zwischen Centralwindungsrinde und Kleinhirn wohl vorstellen, dass in den centralen, die beiden Gebiete verbindenden Bahnen, krankhafte Erregungsvorgänge sich abspielen, die das Gleichgewicht des Muskeltonus stören und zu Gunsten des einen der beiden Rindengebiete verändern. Es wäre verfrüht, diese Konjekturen auf Grund des vorhandenen, weiterer Aufklärung selbst noch bedürftigen Materials weiter auszubauen und ich begnüge mich mit diesem Hinweis.

Was nun die klinische Bedeutung des Sypmtoms angeht, so ist zunächst in diagnostischer Hinsicht schon bemerkt worden, dass das Auffinden spastischer Erscheinungen bei einer Psychose nicht ohne weiteres zur Diagnose Paralyse berechtigt.

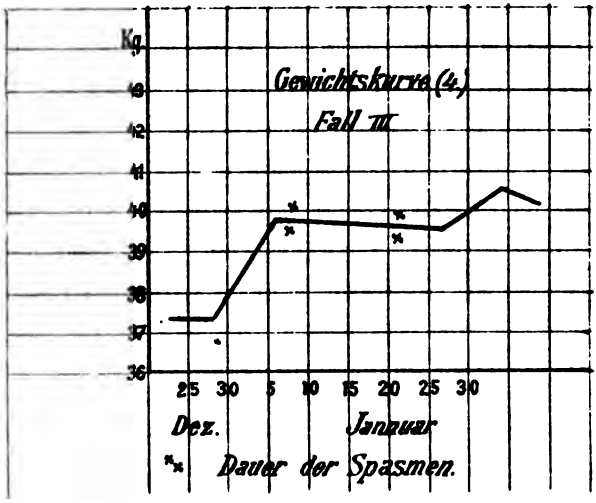
Ein Überblick über unsere Krankheitsfälle ergiebt, dass wir zwar einzelne Symptome gemeinsam antreffen, dass es aber kein bestimmtes, klinisch abgegrenztes Krankheitsbild ist, bei dem man die spastischen Erscheinungen ausschliesslich vorfindet. Bezüglich der Ätiologie finden wir keine Gleichartigkeit, immerhin haben die drei erstgenannten Fälle das gemeinsame, dass der Ausbruch der Psychose in Zeiten fällt, in welcher sich beim Weib im Genitalapparate die Psyche erheblich beeinflussende Veränderungen abspielen. Dass sich die Beobachtungen

lediglich auf Personen weiblichen Geschlechts beziehen, liegt an der Art des mir zunächst zu Gebote stehenden Materials.

In einer wichtigen Beziehung stimmen alle 4 Fälle überein, es sind lauter schwere und ungünstig verlaufende Psychosen von im wesentlichen depressiver Färbung. Alle entwickeln sich rasch und zeigen ein rasches Anwachsen der Krankheitsintensität und dauernd oder vorübergehend pseudospontane Bewegungsäusserungen.

Wir haben zum Teil schon bei Besprechung der einzelnen Fälle den Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der spastischen Erscheinungen hervorgehoben, und es hat sich ergeben, dass es der Zeit der schwersten Akuität des Krankheitsprozesses entspricht. Die Betrachtung der Körpergewichtskurven bietet dabei manches Interesse. Gemäss der Erfahrung, dass die Kurve der Krankheitsintensität, die man sich konstruieren kann, und die des Körpergewichts im allgemeinen in umgekehrtem Verhältnisse wachsen, und dass sich selbst geringe Intensitätsschwankungen der Psychose in den Gewichtskurven dokumentieren, wenn man bei Bestimmung des Körpergewichts die nötigen Cautelen nicht versäumt, durfte man erwarten, dass das Auftreten der spastischen Erscheinungen in der Gewichtskurve einen entsprechenden Ausdruck finden würde. Thatsächlich finden wir diese Annahme, wie die beigegebenen Gewichtskurven zeigen, in weitgehendem Masse bestätigt. Die Zeit des Auftretens und Verschwindens der spastischen Erscheinungen ist in der Kurve markiert, und wir finden dabei in Fall 1, 2 und 4, dass sie zeitlich mit einem starken, zum Teil rapiden Abfall des Körpergewichts genau koinizidieren. Eine Abweichung hiervon scheint uns in der Kurve (4) des Fall III entgegenzutreten. Das Körpergewicht zeigt hier zunächst mit dem Beginn der klinischen Behandlung eine Zunahme von einigen Pfund. Das Auftreten der Spasmen geht nicht mit einer Abnahme, sondern nur mit einem Stillstand des Gewichts Hand in Hand. — Wenn man die näheren Umstände des Falles in Betracht zieht, so dürfte diese scheinbare Abweichung hinreichend aufgeklärt werden. Es handelte sich um ein Mädchen, das ausserhalb der Anstalt in letzter Zeit, in den dürftigsten Verhältnissen gelebt hatte und ausgehungert war; in der Zeit vor der Aufnahme war sie ausserdem noch durch die akute gonorrhoische Affektion erheblich in der Ernährung geschädigt. Die Bettruhe in der Klinik, die reichliche Ernährung, der gleichzeitige rasche Rückgang des Gonorrhöe unter lokaler Behandlung, im Zusammenhang mit der grösseren Assimilationsfähigkeit des jugendlichen Organismus liessen zunächst ein länger

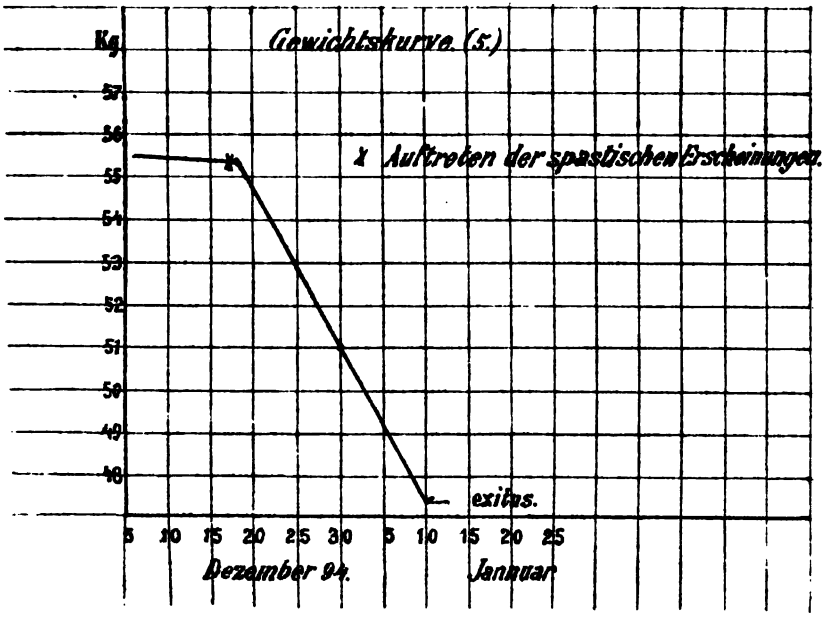
dauerndes Steigen der Kurve erwarten und man ist deshalb wohl berechtigt, die Unterbrechung des aufsteigenden Kurvenschenkels, welche durch das Auftreten der spastischen Erscheinungen gesetzt wird, in



gewissem Sinne dem Abfall der Curve in den drei anderen Fällen gleichzusetzen. Nach dem Verschwinden der Spasmen finden wir ausser bei dem letal endenden Falle stets eine mehr oder weniger starke Hebung des Körpergewichts.

Eine Bestätigung dieser ohne Zweifel bemerkenswerten Gleichartigkeit in dem zeitlichen Auftreten der spastischen Erscheinungen bietet uns ein anderer Fall, bei dem sich auch vorübergehend ein plötzlich auftretender Symptomkomplex von Fuss- und Patellarklonus mit Steifigkeit und spastischem Gang beobachten liess. Ich habe den Fall absichtlich den beschriebenen nicht ausführlicher anreihen wollen, weil die Anamnese und das Bestehen von exquisitem Silben stolpern von Anfang an auf einen paralytischen Prozess hinwiesen und begnüge mich auf die beistehende Gewichtskurve zu verweisen. Es handelte sich um eine zur Zeit der Aufnahme c. ein Jahr bestehende Paralyse, die unter dem Bilde einer einfachen langsam progressiven Demenz ohne psychotische Beimengungen verlaufen war. Zur Zeit der Aufnahme war von spinalen Symptomen nichts zu konstatieren. Ein Blick auf die Gewichtskurve (5) zeigt, wie auch hier die spastischen Symptome den Beginn eines rapid verlaufenden Prozesses einleiten, nachdem in der

Zeit zuvor ein gleichmässiges Verhalten des Körpergewichts bestanden hatte. Bemerkenswert ist, dass die akut psychotischen Erscheinungen, die gleichzeitig mit dem Auftreten der spastischen Symptome zur Entwicklung kamen, eine Ähnlichkeit mit diesen Fällen nicht vermissen liessen. Auch hier bildeten Angstanfälle, angstvolle Hallucinationen des Gehörs und Gesichts, Rededrang — alles allerdings deutlich nachweissbar auf paralytisch-dementer Grundlage — ausserdem psychomotorische Symptome die Elemente der Psychose.



Ich möchte nach all dem glauben, dass es kein Zufall ist, sondern dass wir es mit einem gesetzmässigen, vorläufig nicht weiter aufzuklärenden Verhalten zu thun haben, wenn wir die spastischen Erscheinungen immer an einer bestimmten Stelle des Krankheitsverlaufes vorfinden. Dass diese Stelle thatsächlich dem Beginn eines äusserst akuten Krankheitsstadiums und zwar meist dem Höhepunkt der Psychose entspricht, ergiebt sich sowohl aus dem Gesammtbilde der gleichzeitigen psychotischen Erscheinungen, vor allem aber aus der tiefgehenden Störung der Ernährung, welche die Gewichtskurve um diese Zeit zum Ausdruck bringt. — Zu entscheiden, ob der ausserordentliche Rückgang des Körpergewichts während dieser Zeit lediglich der Schwere der

Allgemeinerkrankung parallel geht, oder ob es sich um den Stoffwechsel spezifisch beeinflussende cerebrale Vorgänge handelt, sind die vorliegenden Beobachtungen nicht ausreichend.

Es erübrigt noch zwei Symptomen näher zu treten, die deshalb eine besondere Beachtung verdienen, weil sie sich in allen 4 Fällen wieder finden und weil auch sie nach den Erfahrungen unserer Klinik als infauste zu betrachten sind.

Zunächst beobachten wir in allen unsern Fällen einen tremor von ziemlich gleichartigem Charakter, der nach Frequenz und Grösse der Schwingungen dem alkoholistischen ähnlich ist. Er wird stärker bei intendierten Bewegungen und ist zeitweise so heftig, dass feinere Bewegungen wie das Schreiben unmöglich, und sogar Gehen und Stehen dadurch beeinträchtigt werden. Die Schwankungen der Intensität sind sehr grosse, zeitweise ist das Zittern gar nicht nachzuweisen. Die Extremitäten sind besonders stark beteiligt, Kopf und Rumpf und auch die Zunge verhältnismässig weniger. In dem ersten Fall konnte man davon denken, den tremor mit den erwähnten Erscheinungen von Basedow in Verbindung zu bringen, obwohl er wenig gemeinschaftliche Züge mit dem dort zu beobachtenden zeigte, in den anderen Fällen fehlt jedes ähnliche ätiologische Moment. Bei Psychosen, die unter schweren katatonischen Erscheinungen verlaufen und bei denen schwere Allgemeinerscheinungen, Kopfschmerzen, Benommenheit, Pulsverlangsamung, Hyperästhesien und ähnliches den Eindruck toxischer Prozesse herrufen, lässt sich nicht selten ein ähnlicher tremor konstatieren und man darf ihn sicherlich überall, wo man ihn findet, wenn alkoholistische Ätiologie auszuschliessen ist, als ein Zeichen von schlimmster prognostischer Bedeutung ansehen. — Eine ähnliche Bedeutung kommt den eigenartigen mimischen Pseudospontanbewegungen im Gebiete der Gesichtsmuskulatur zu, wie wir sie in unseren Fällen vor uns haben. Während dem Grimmassieren, wo wir es als Teilerscheinung einer allgemeinen motorischen oder maniakalischen Bewegungsunruhe finden, ohne Zweifel eine besondere klinische Bedeutung nicht zukommt, trifft man es als mehr oder weniger isoliertes auf das Mundgebiet beschränktes motorisches Symptom hauptsächlich bei unserem ersten Falle ähnlichen Angstpsychosen, und hierbei bildet es häufig eine der ersten Erscheinungen, die auf eine Progression des Krankheitsverlaufs hinweisen Es handelt sich anscheinend meist um eine psychomotorisch entstandene

Reizerscheinung. Kranke, die sich in dieser Richtung der Exploration zugänglich zeigen, geben meist direkt an, dass sie nicht wissen, warum sie die eigentümlichen Schnuten und schnautzenbildenden Mundverziehungen machen, sie empfinden sie eventuell als fremdartigen Zwang. Seltener bilden hypochondrische Sensationen die pimärere Grundlage, während hypochondrische Ideen als sekundärer Erklärungswahn dabei offenbar häufig sind. — Reste dieses ominösen Symptoms findet man nicht selten bei sekundären Defektzuständen in Gestalt eigentümlich verschrobener Mundstellungen und Grimmassen. Dass ich bei einem derartigen, tief blödsinnigen aber sicher nicht paralytischen Defektzustand, der im Anschluss an eine akute Exacerbation mit rhytmischen Motilitätserscheinungen vorübergehend auch Fussklonus, gesteigerte Patellarreflexe und Muskelsteifigkeit beobachtete, die nach wenigen Tagen wieder verschwunden waren, ist vielleicht kein Zufall.

Es liegt mir fern an der Hand dieser wenigen Beobachtungen auf Grund der Gemeinschaftlichkeit des Auftretens der mimischen Pseudospontanbewegungen und des tremor mit den spastischen Erscheinungen eine innere Verwandtschaft konstruieren zu wollen, doch wohnt ihnen für die klinische Betrachtungsweise jedenfalls der gemeinschaftliche Zug inne, dass sie infauste Begleitsymptome schwerer zum Defekt führender akuter Psychosen bilden.

Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Einzelpreis Mk. 2,—. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medicinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 3/4.

Ueber Asymbolie

von

Dr. Karl Heilbronner

Assistenzarzt an der Königl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1897.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Uebersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Ueber Asymbolie

von

Dr. Karl Heilbronner

Assistenzarzt an der Königl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1897.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Ueber Asymbolie.

Als Asymbolie bezeichnen wir einen zumeist durch Herderkrankung des Gehirns bedingten Krankheitszustand, der sich kurz kennzeichnen lässt als Nichterkennen der Dinge trotz erhaltener Sinnesfunction und bei einem Bewusstseinszustande des Kranken, der zum mindesten die Möglichkeit gewährt, ihn auf die in Betracht kommenden Symptome hin zu untersuchen. Ich werde an späterer Stelle auf die Art des Zustandekommens des Symptomes einzugehen haben. Hier möchte ich zunächst nur bezüglich der Terminologie bemerken, dass der Ausdruck Asymbolie zunächst von Finkelnburg[1]) gebraucht, später von Wernicke[2]) genauer praecisiert wurde; andere Autoren (Starr[3]), Pick[4]) u. a.) ziehen den Namen Apraxie vor; neuerdings hat Freud[5]) vorgeschlagen die entsprechenden Störungen als „Agnosie" zu bezeichnen, während er den Namen Asymbolie für die Störungen in der Beziehung zwischen Wort- und Objectvorstellungen reservieren zu sollen glaubt; ähnliche Erwägungen, wie sie Freud[6]) anstellt, hatten Spamer[7]) veranlasst, die Asymbolie in dem oben angedeuteten Sinne mit den allgemein als „aphasische" bezeichneten Störungen zu einem Gesammtbilde der Asymbolie zu vereinen, von der die Asymbolie in unserem Sinne demnach nur eine Untergruppe wäre.

Schon wegen der theoretischen Wichtigkeit, die wir den asymbolischen Erscheinungen beimessen dürfen, hoffe ich, dass die nachfolgende Darstellung nicht ganz ohne Interesse sein wird. Den

[1]) Vortrag in der Niederrhein. Ges. d. Aerzte in Bonn 1870.

[2]) Der aphasische Symptomencomplex Breslau 1874. (Gesamm. Abhandlungen S. 33).

[3]) Med. Record 1888.

[4]) Archiv f. Psych. XXIII. 1892.

[5]) Zur Auffassung der Aphasien, Berlin und Wien 1891.

[6]) l. c. S. 80.

[7]) Arch. f. Psych. VI. 1875.

äusseren Anlass zu der Mitteilung gab die Beobachtung eines Kranken, dessen Zustand ich während einer fast 3jährigen Frist in der Kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau verfolgen konnte und den ich bereits im Jahre 1894 der Versammlung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu demonstrieren Gelegenheit hatte[1]). Ausserdem konnte ich noch 2 weitere Fälle verwerten, von denen einer in jüngster Zeit zur Beobachtung und Section gekommen ist, während mir bezüglich des zweiten vor Jahren beobachteten ausführliche Notizen aus der Feder Lissauer's, des verstorbenen I. Assistenten der Klinik zur Verfügung standen. Ich habe mich bemüht, die Befunde zunächst möglichst objektiv — deshalb auch vielleicht zu ausführlich — mitzuteilen, um so ein möglichst klares Bild der sonst zwar nicht unbekannten, aber noch wenig gewürdigten Erkrankung zu geben. Ich bin mir wohl bewusst, dass auch diese ausführlichen Untersuchungsprotokolle bei weitem nicht all' das enthalten, was zur Beantwortung aller sich daran anschliessenden Fragen nötig wäre; zum Teil mögen mich die im Folgenden zu erwähnenden Schwierigkeiten der Untersuchung entschuldigen.

Immerhin hoffe ich, dass es mir durch die folgende Mitteilung gelingen wird, einen neuen Beweis für die Wichtigkeit der localisatorischen Auffassung auch complicierterer cerebraler Vorgänge zu liefern.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichte des ersterwähnten Kranken folgen.

---

[1]) cf. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. LI. 1895. S. 1014.

Beobachtung I.

Hermann H., Arbeiter, 38 Jahre alt.
Aufgenommen den 25./1. 94.

Nach den spärlichen anamnestischen Angaben soll Pat. bis vor 6 Jahren bei der Arbeit stark getrunken haben. Vor 6 Jahren sei er schon mehrere Tage „kopfkrank" gewesen; er wollte sich von der Frau scheiden lassen, hielt die Figuren von an der Wand hängenden Bildern für lebend, zitterte stark. Nach ärztlicher Diagnose soll es sich um „Gehirnreizung", eine hier sehr beliebte euphemistische Bezeichnung für das Alkoholdelirium, gehandelt haben. Nach einigen Tagen war er wieder hergestellt, kam aber nicht zu genügender Krankheitseinsicht; so hielt er daran fest, dass die Figuren auf den Bildern sich thatsächlich bewegt hätten. Seit dieser Zeit wurde Pat. allmälig gedächtnisschwach, verlegte alles, wurde still und zurückgezogen. Er arbeitete aber noch bis vor 2 Jahren; seitdem sei häufig unter Fieberbewegungen eine Schwellung der Füsse mit Bläschenbildung aufgetreten, infolgederen Pat. arbeitsunfähig wurde; er kam — auf die Unterstützung durch die Frau angewiesen — in grosse Not und lebte kümmerlich. Sprachstörung oder Schlaganfälle wurden früher von den Angehörigen nicht beobachtet.

Nach einem 5tägigen Prodromalstadium (Kopf- und Brustschmerzen) erkrankte nun Pat. am 15. 1. 94 unter schwereren Symptomen, über die leider keine sicheren Mitteilungen zu erhalten waren. Nur soviel konnte sicher konstatiert werden, dass Pat. am 15. 1. 94 Mittags bewusstlos wurde. Am gleichen Tage wurde er noch in besinnungslosem Zustande in das Allerheiligen-Hospital zu Breslau aufgenommen; nach den Angaben im Aufnahmeatteste für die Klinik lag Pat. dort bis zum 21. 1. in besinnungslosem Zustande; in Armen und Händen bestanden starke Spasmen, eine Lähmung — abgesehen von einer längst bestehenden rechtsseitigen Abducenslähmung, derentwegen Pat. vom Militärdienste befreit worden war, — wurde nicht constatirt, dagegen eine Parese des rechten Facialis und eine Schwäche in beiden Levatores palpebrarum. Pat. musste mehrmals katheterisiert werden, sonst liess er den Urin unter sich gehen.

Am 25./1. 94 erfolgte die Aufnahme des Pat. in die psychiatrische Klinik.

Pat. war bei der Aufnahme noch benommen, aber nicht bewusstlos; delirante Erscheinungen (Händereiben, Lächeln, Lecken der Finger) waren bisweilen angedeutet.

Ausser der schon erwähnten alten Abducenslähmung fanden sich noch rechtsseitige Facialisparese, beiderseitige leichte Ptosis; die rechte Pupille war weiter als die linke; beide reagirten; Pat. gebrauchte beide Hände, konnte gehen und stehen; der Widerstand bei passiven Bewegungen schien in den linken Extremitäten etwas stärker als in den rechten, sodass der Verdacht auf eine rechtsseitige Parese rege wurde. Die Patellarreflexe waren beiderseits in mittlerer Stärke auslösbar. Die Reaktion auf schmerzhafte Reize war gering; im Gesichte schien die Anaesthesie rechts bisweilen erheblicher als links.

Ich werde auf das eigentümliche Verhalten der Sensibilität noch an späterer Stelle zurückkommen. Bezüglich der Motilität sei erwähnt, dass spätere oft wiederholte Untersuchungen keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer hemiplegischen Störung ergaben; auf die Art der beobachteten Bewegungsstörung wird gleichfalls später zurückzukommen sein.

Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Verhalten des Gesichtsfeldes zugewandt. In den ersten Tagen schien Pat. auf Gesichtseindrücke, die von der rechten Seite kamen, schlechter zu reagieren als auf solche von der linken her; doch liess sich eine rechtsseitige Hemiopie nicht sicher feststellen. Immer wiederholte Versuche, eine perimetrische Gesichtsfeldbestimmung vorzunehmen, scheiterten an dem Unverständnis des Pat. für die Procedur; dagegen verstand Pat. eine Summe auf dem Tisch zerstreuter Münzen zusammenzulegen, ebenso eine Reihe von Münzen, die man in verschiedener Richtung gleichzeitig über den Tisch rollen liess, zu erhaschen, sobald er einmal die betreffende Aufgabe verstanden hatte.

Ich glaube, dass nach diesen — oft wiederholten — Beobachtungen auch die Frage nach dem Bestehen eines hemiopischen oder überhaupt grösseren Gesichtsfelddefektes verneint werden darf; dass sich ganz kleine Lücken im Gesichtsfelde ebenso eine etwaige geringgradige konzentrische Einengung der Feststellung durch eine derartig rohe Untersuchungsmethode entziehen, bedarf kaum besonderer Erwähnung; das Bestehen von solchen kann deshalb nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Augenhintergrund ergab keine Anomalien; die Sehschärfe war nicht exakt festzustellen, aber jedenfalls nicht in erheblichem Masse herabgesetzt, ebenso war die Hörschärfe beiderseits jedenfalls so gut, dass eine Trübung der Untersuchungsresultate infolge mangelnden Hörvermögens mit aller Sicherheit ausgeschlossen werden darf.

Sofort in die Augen fallend war von Beginn der Beobachtung an, die Unfähigkeit des Pat., sich ihm gereichter Gegenstände zu bedienen; er hielt ververständnislos in der Hand, was ihm gegeben wurde, leistete einen gewissen Widerstand, wenn es ihm wieder genommen wurde. Er vermochte trotz sichtlichen Appetites und ungehinderten Schluckvermögens nicht die ihm gereichten Nahrungsmittel zu verwerten, schluckte aber, was ihm von flüssiger Nahrung löffelweise in den Mund gegeben wurde.

Die Nahrungsaufnahme war die erste kompliziertere Leistung, die Pat. wieder erlernt zu haben schien.

Vom 30./1., 5 Tage nach der Aufnahme, ist notiert. „Pat. musste morgens noch gefüttert werden, auch bei der Abendvisite werden ihm die ersten Löffel Suppe noch eingegeben, wobei er selbst das Gefäss krampfhaft in der Hand hält.

Nachdem mit dem Füttern abgebrochen wird, führt er selbst, wenn auch zögernd, das Gefäss zum Munde, nimmt Schluck für Schluck, dazwischen absetzend; er versteht zweckmässige Bewegungen zu machen, um den Topf bis zur Neige zu leeren; es wird ihm ein Tuch gereicht mit der Aufforderung, sich die Hände zu wischen, er kommt der Aufforderung nicht nach, sondern reibt die Hände gegen einander, (wie er es auch sonst häufig zu thun pflegt); nachdem ein anderer Pat. das Tuch zum Mundwischen benutzt, folgt er seinem Beispiel, benutzt auch nachher ohne spezielle Aufforderung das Tuch wiederholt zu gleichem Zwecke. Vorgehaltene Stückchen Butterbrot ergreift er, beisst ab, legt sie während des Mundwischens sorgfältig bei Seite, um sie spontan wieder aufzunehmen; andere Gegenstände hält Pat. in der Hand fest, leistet beim Versuche, sie ihm zu nehmen, Widerstand."

Bezüglich des Sprachvermögens und Sprachverständnisses war in der ersten Zeit wenig Sicheres zu eruieren. Bald nach der Aufnahme wurde nur notiert, dass sichere aphasische Symptome nicht zu konstatieren waren. Am 30./1. 94 wurde konstatiert: „Pat. versteht einfache Fragen wie aus dem Mienenspiel zu ersehen ist, er kommt auch einfachen (natürlich nicht durch Gesten begleiteten) Aufforderungen nach, z. B. sich aufzusetzen, die Zunge zu zeigen. Bisweilen scheint Pat. die verlangte Bewegung zu intendieren, gelangt aber mitten in der Ausführung in eine andere, ganz verkehrte; so macht er des öfteren auf die Aufforderung, die Hand zu reichen, energische Bewegungen der rechten Hand, führt sie aber dann zum Munde und zieht Speichelfäden, statt die verlangte Bewegung zu vollenden."

Die sprachlichen Äusserungen des Pat. sind sehr dürftig, meist erfolgt auf Fragen nur „ja" oder „nein"; Pat. scheint die beiden Worte wahllos zu gebrauchen. (Haben Sie Hunger? „Ja". Sind Sie satt? „Ja".) Beim dritten Stückchen Brot, das ihm gereicht wird, meint er fragend: „Ich?" vielleicht, um sich zu vergewissern, ob es für ihn bestimmt ist; beim Weggehen des Arztes sagt er mit einer Verbeugung „danke", weiss auf die Frage wofür, nichts zu erwidern; nachdem aber ein anderer Kranker die Frage für ihn beantwortet hat, erklärt er: „Ja eben das."

Wenn hier die Antworten des Pat. auch zum Teil zur gestellten Frage stimmten, so ist daraus doch, da es sich nur um einige Phrasen allgemeinsten Inhaltes handelt, noch nicht zu entnehmen. dass er den Inhalt der Frage stets erfasst hatte; von grösserer Bedeutung erscheint es, dass Pat. schon sehr bald über einen Wortschatz verfügte, der zwar klein, aber doch bei weitem grösser war, als man ihn bei motorisch Aphasischen bisweilen noch zu finden pflegt.

Weitere Untersuchungen scheiterten zunächst an der Unmöglichkeit, den Pat. zu irgend welchen complicierteren Reaktionen auf äussere Reize zu veranlassen. Topf und Löffel, die er jeden Tag vorgesetzt erhielt, kannte er und gebrauchte sie; auch gab er bei der Visite die Hand; solange Pat. nicht ass, lag er lächelnd zu Bett, meist die Hände hinter dem Kopf gekreuzt, bisweilen sie reibend oder Speichelfäden ziehend. Dabei bestand fortdauerndes Harnträufeln, das zeitweise längere Zeit aussetzte, dann wieder eintrat und sich nie ganz verlor. Später, erst nach ca. 3 Wochen gelang es, einigen weiteren Aufschluss zu gewinnen. Eine Prüfung am 20./2. 94 ergab Folgendes:

Wie heissen Sie? „Herschel, Hospital."

Wo sind Sie? „Bin im Hospital, in der mit der".

Was für ein Hospital ist das? „Hospital damit nicht so eine, das ist so, besser so, sie kann ebenso, ebenso, kann ebenso, was eigentlich so, Herr Doktor."

Wie alt sind Sie? „Muss doch jetzt zu, einen Tag habe ich noch, wie alt habe ich gezählt also 43."

Wann ist Ihr Geburtstag? „14 Tage ganz ohne vom Hospital aus, habe eben das so, kann das ebenso rechnen."

Wann ist Ihr Geburtstag? „Dauert doch nicht lange, dann ist alles gut, das ist eben, dann kann eben, eben, kann wieder selber nehmen, wie sozusagen, ebenso selber, dass es besser so."

Wann ist Ihr Geburtstag? „Es ist noch nicht alle, was über 15. 15te Herr Doktor."

In welchem Monate? „Eben von Ihnen, Ihrer Herr Doktor, Hospital."

Wie heissen die Monate? „Das dauert nicht so lange, zu lange eigentlich zusammen, es wird sich nicht immer so gut tragen, dass man es kann selber sagen Herr Doktor, kann so."

Sind Sie krank? „Ja, Herr Doktor, soll kam ich mich einigermassen so abplagen."

Wo fehlt es Ihnen? „Das kommt ja auf, wie es einem, so, das kann ich nämlich auch so, das ebenso, ebenso heraus, das eben das, mir ist es so, mir ist es so nur als, wenn mir die Federmühle so."

Wo fehlt es Ihnen? „Das geht mir alles so, im Hospital, das ist mir so als, so kann ich das doch nicht, eigens so im Hospital sagen?"

Auf die ersten Fragen pflegte Pat. auch jetzt noch nur mit ja oder nein, zur besonderen Bekräftigung seines Interesses auch mit jawohl zu antworten; erst im weiteren Verlaufe wurde Pat. gewöhnlich lebhafter und produzirte dann Antworten nach Art der oben wiedergegebenen. Dass Pat. den Sinn der Fragen jetzt wenigstens teilweise erfasste, ist nach dem Inhalte der Antworten nicht zu bezweifeln. Ebenso schien ein gewisses Gefühl für die Mangelhaftigkeit der eigenen Ausdrucksweise nicht ganz zu fehlen; manche seiner Äusserungen schienen Versuche, seine Unfähigkeit zu betonen und zu beklagen. Wurde ihm ein Wort, das er sich vergeblich zu finden bemüht hatte, gesagt, so reagierte er häufig mit freudigem „Jawohl", sein Gesicht nahm einen zufriedenen Ausdruck an, im Gegensatze zu dem vorher beobachteten angestrengten Nachdenkens; doch wurde nie beobachtet, dass Pat. etwa später das Wort im Zusammenhang gebraucht hätte, ebenso wenig war er jetzt und noch lange nachher zum richtigen Nachsprechen des vorgesagten Wortes zu bewegen; meist wurde auf die entsprechende Aufforderung überhaupt nicht reagiert, geschah es dennoch, so kamen Wortgebilde zu Stande, die mit dem Vorgesprochenen höchstens eine mehr oder minder grosse Ähnlichkeit zeigten.

Die Prüfung des Lesens war durch das beständige Abschweifen des Pat. in hohem Grade erschwert. Immerhin las Pat. von grosser deutscher Druckschrift (Zeitungstitel) wenigstens einzelne Buchstaben, die er mit dem Finger verfolgte, richtig. Seinen vorgeschriebenen Namen las er zusammenhängend und schien ihn

zu verstehen. Weitere Leseproben mit vorgeschriebenen Worten und Zahlen ergaben folgendes Resultat:

Paul = Pau.
Pauline = buchstabiert P a u, 101, 3 dazwischen: Jetzt bring' ich auch Hospital heraus.
Schnaps = Schna 1,75.
Korn = E, O, R, 91.
a = a.
e = e.
r = das ist jetzt ein anderes e.
f = 114.
5 = eine Fünf.
7 = 11, 9.
3 (verkehrt vorgehalten) = 11.
3 (richtig gehalten) = 9.
4 = so etwas über 35, das o r, und uns auf allen (starrt dabei fortwährend die Zahl an).

Am geringsten waren die Leistungen des Pat. im Schreiben; von den Schwierigkeiten, die der Act des Schreibens schon als solcher machte, wird später die Rede sein; hier sei nur bezüglich der Resultate erwähnt, dass es nur ein einziges Mal gelang, Pat. zum Schreiben seines Namens zu veranlassen, wobei er noch zwei Buchstaben umstellte. Im übrigen schrieb er entweder nur Punkte oder Strichelchen oder, was viel häufiger geschah, zusammenhängende Zeichen, die in ihrer Gesamtheit den Eindruck deutscher Kurrentschrift hervorriefen, von denen auch einzelne als bestimmte Buchstaben des geschriebenen deutschen Alphabetes zu erkennen waren, ohne dass aber irgend ein Zusammenhang der einzelnen Zeichen, geschweige denn ein vollständiges Wort zu erkennen gewesen wäre; die Deutung dessen, was Pat. schrieb, war noch weiter dadurch erschwert, dass er trotz vielmaliger gegenteiliger Aufforderung immer wieder nur winzige Buchstaben resp. Zeichen schrieb; vielleicht darf diese Eigentümlichkeit in Beziehung gesetzt werden zu einem später konstatierten Symptom, dass nämlich Pat. einzelne klein an die Wandtafel geschriebene Worte häufig zu lesen vermochte, während es ihm nicht gelang das gleiche Wort im Zusammenhang zu entziffern, wenn es mit gleichen Zügen, aber in grösserem Massstabe aufgeschrieben wurde.

Die Untersuchung auf eigentlich asymbolische Erscheinungen ergab nach Notizen vom 20./II. Folgendes:

Pat. erhält ein Stück Brot vorgehalten; er greift nicht danach, sondern spricht weiter wie vorher, reibt die Hände. Nach einiger Zeit sieht er es lachend mit den Worten: „Einmal gucken" an und ergreift es; er bemerkt, dass ein Endchen abgebrochen ist: „Hier fehlt noch etwas, ich habe noch nicht weg, das eben." Er deutet mit dem Finger an die betreffende Stelle, dreht das Brot in der Hand, gibt es zuletzt auf Aufforderung und Entgegenstrecken der Hand zurück.

Es wird ein Stück Seife vorgehalten: „Das ist wieder andere Sache, das muss man hier noch klein, stimmt schon so 35, 26," er klopft auf das Bein, legt die Seife weg, reibt die Hände, macht, als sie seinem Munde genähert wird, Anstalten hineinzubeissen.

Ein Stück Brot wird dem Pat. in den Mund geschoben: „Brot, Brot essen, wenn man zum Beispiel Brot isst, so wird man das eben nicht gewahr so;“ er beisst etliche Bissen ab, gibt das Brot dann zurück.

Ein Becher Milch (das täglich gebrauchte Format) wird vorgehalten; Pat. ergreift ihn: „Prost“, trinkt, „danke, Prost, danke, was ist das trinke wieder halbe, was ist denn das, das geht eben nicht, dass man das gleich kann ansagen.“ Hält unterdess den Becher in der Hand, trinkt wiederholt, ruft „Prost, danke,“ grüsst militärisch, behält den geleerten Becher in der Hand, leistet etwas Widerstand, als ihm derselbe genommen wird.

Er erhält eine Zigarre und ein brennendes Zündholz vorgehalten, weiss nichts damit anzufangen. Die Zigarre wird ihm in den Mund gesteckt und ein brennendes Zündholz darangehalten; Pat. beginnt zu rauchen, nimmt dann die Zigarre wieder heraus. „Sind sehr gut, ganz gut, wird noch nicht so in Ordnung;“ hält unterdessen die Zigarre zwischen 2. und 3. Finger, bringt sie dann ungeschickt und unvorsichtig wieder zum Munde, macht einige Züge: „Danke schön, ich bin eben nicht so, ich möchte sagen, dass es so geht, wieder besser, da wird ja das wieder hier, da wird man ja doch einigermassen so etwas.“ Er folgt der Aufforderung, weiter zu rauchen: „Ja danke auch fein, auch gut.“

Pat. betrachtet das Notizbuch des Arztes. „Was haben Sie denn hier; einmal schauen,“ steckt die Zigarre in den Mund, greift nach dem Buche, besieht es erstaunt, gibt es dann widerstandslos zurück.

Während eines Teiles der folgenden Untersuchung raucht er weiter, spricht zum Teil mit der Zigarre im Mund, legt diese bisweilen auf den Tisch sorgfältig so, dass das brennende Ende über die Tischkante ragt.

Er greift nach einer vollständig gefüllten Zündholzschachtel, öffnet sie: „Ganz frisch so“, entnimmt ein Zündholz, versucht es mit der falschen Seite an der Hinterfläche des Oberschenkels anzustreichen, macht die entsprechende Manipulation nicht ungeschickt, entnimmt, nachdem er sich vergeblich bemüht ein zweites: „Zwei müssen doch, muss gehen,“ sucht das zweite gleichfalls verkehrt gehaltene an der Reibfläche zu entzünden, versteht die Erklärung nicht, dass er es verkehrt halte, versucht vielmehr ein drittes: „Es muss schon gehen, man muss eben, alles muss gehen. Nun das geht schon, hol's der Teufel.“ So versucht er ungefähr 10 Zündhölzer zum Teil an der Hose, zum Teil an der Schuhsohle zu entzünden, hat gewöhnlich, während er ein neues Zündholz entnimmt, schon den Fuss gehoben, um es daran zu entzünden. Nachdem ihm die Schachtel in passender Weise in die Hand gegeben ist, gelingt es ihm eines zu entzünden: „Fein geht's;“ er steckt das Zündholz, das vom Arzte rasch ausgeblasen wird, in den Mund, versucht es dann noch ein zweites Mal an der Hose zu entzünden. Die sämtlichen Zündhölzer hat er zu einem Häufchen auf dem Tisch gesammelt. (Bei einer späteren Wiederholung des gleichen Versuches (bei der Demonstration am 1./7. 94) wurden die Hölzchen ebenso sorgfältig unter dem Stuhle des Pat. zusammengelegt.)

Auf die unterdessen erloschene Zigarre aufmerksam gemacht, sagt er: „Das ist eine Waise“ steckt ein Zündholz in den Mund, macht daran mit der Zigarre die Geste des Anzündens.

Ein brennendes Zündholz lässt er sich ohne Furcht oder Abwehrbewegungen dicht unter die Nase halten.

Er erhält eine Tabaksdose, scheint sie aber nicht zu erkennen, auch nachdem sie ihm geöffnet unter die Nase gehalten wird; nach einiger Zeit klappt er sie selbst auf, entnimmt eine Prise zwischen Daumen und Zeigefinger, will dieselbe wie vorher die Zündhölzchen an der Hose anstreichen, legt sie dann zu dem Zündholzhäufchen.

Er erhält Stücke Brot und Semmel vorgehalten; „Brötchen, Brot aber ohne Butter," greift aufgefordert nach einer halben Semmel: „Prost, sehr gut ja, danke," beisst kräftig ab.

Er erhält den Rest der Zigarre in die Hand gedrückt, beisst ein grosses Stück ab, zerkaut es, zeigt keinen lebhafteren Widerwillen gegen den Geschmack, sträubt sich aber kaum, als die Stücke mit der Hand entfernt werden; den letzten Rest spuckt er selbst aus.

Ein nicht entzündetes Streichholz wirft er zu Boden, tritt es energisch aus.

Im Laufe der nächsten Tage fing Pat. an etwas lebhafter zu werden, er verliess gelegentlich unaufgefordert das Bett, ging zur Waschschüssel, tauchte die Fingerspitzen ein, ohne sich aber zu waschen. Bei einem Besuch seitens seiner Frau soll er dieser erklärt haben, der Oberwärter sei ein „guter Mann," den Arzt begann er regelmässig als „Herr Doktor" anzusprechen, auf Rufen seines Namens reagierte er stets prompt, gleichviel aus welcher Richtung der Ruf kam, durch entsprechende Wendung von Kopf und Blick.

Von einer erneuten Untersuchung am 26./2. 94 ist notiert:

„Pat. begrüsst den Arzt: „Guten Morgen, Herr Doktor" (es ist Abend). Aufgefordert aufzustehen, erhebt er den Oberkörper, reibt dann die Hände. Die Bettdecke wird weggenommen; Pat. steht auf, geht mit grossen plumpen Schritten durch den Saal, antwortet auf die Frage wohin er gehen wolle: „ich will nur 'mal hinaufgehen in's Hospital". Pat. setzt sich wiederholt auf den Bettrand, bleibt vor einem ihm vorgesetzten Stuhle stehen und reibt die Hände, setzt sich aber, nachdem er direkt an den Stuhl geführt wird; er erhält einen Strumpf in die Hand, zieht ihn über den Arm, dann wieder ab, stülpt ihn mehrmals um. Aufgefordert den Strumpf anzuziehen, sagt er: „Ja, das können wir ja machen," hängt dann den Strumpf an den Rand des Bettes, reibt wieder die Hände, steht mehrmals wieder auf, erhält den zweiten Strumpf in die Hand, manipuliert damit in ähnlicher Weise, wie mit dem ersten; während der ganzen Untersuchung wird, wie auch sonst häufig, trotz nur mässig gefüllter Blase dauerndes Urinträufeln beobachtet; nach dem Nachtstuhl geführt steht Pat. mehrmals wieder auf, entleert aber auf wiederholtes Auffordern etwas Urin.

Das beschmutzte Hemd wird ausgezogen, wobei Pat. nachhilft; er steht nackt im Krankensaale; er erhält ein reines Hemd in die Hand, versucht hineinzuschlüpfen, kommt aber zu keinem Resultat; er schüttelt und dreht es immer wieder, schlüpft verkehrt hinein, steckt die Hände durch den Halsausschnitt, spricht dabei fortwährend: „Ja, jawohl, das geht schon, einen Augenblick, 52, so." Das Hemd wird ihm zuletzt in richtiger Lage über den Kopf gestülpt, die Hände den Armlöchern genähert; er zieht es jetzt zu Ende an. Die Aufforderung, den Knopf zu

schliessen versteht er nicht, reagiert jedenfalls nicht in entsprechender Weise darauf, ebensowenig, nachdem seine beiden Hände an Knopf und Knopfloch geführt werden.

Pat. lässt widerstandslos einen Fuss in den Strumpf hineinstecken, folgt aber der Aufforderung ihn weiter anzuziehen nicht, ergreift vielmehr einen nebenanstehenden Filzschuh, steckt abwechselnd beide Hände hinein, klopft und wischt daran, zupft einen Teil der wollenen Einlage heraus, wirft sie zu Boden; er lässt dann das Weiteranziehen des Strumpfes ruhig geschehen, streckt, nachdem der zweite Strumpf vorgehalten wird, den schon bekleideten Fuss nochmals vor.

Pat. erhält eine Hose vorgehalten; er steckt einen Arm durch das eine Bein, dreht dasselbe um, schüttelt die Hose, murmelt dabei: „Ja, schön, gleich, Herr Doktor, Hospital.“ Nachdem ihm die Hose in entsprechender Lage vorgehalten wird, steckt er ein Bein durch; sich selbst überlassen, fährt er mit dem gleichseitigen Arm durch das zweite Hosenbein; nachdem ihm die Hose über beide Beine gezogen ist, steht er auf, ordnet spontan das Hemd, zieht die Hose hinauf, schliesst den obersten Knopf, murmelt: „Jetzt so einigermassen, massen.“ Er erhält einen Rock, versucht zuerst hineinzuschlüpfen, verfehlt den Weg nach dem Aermelloch, schüttelt den Rock kräftig, legt ihn weg, ergreift ihn auf Verlangen wieder, schüttelt, hält ihn mit den Zähnen fest und schüttelt weiter, hilft dann nach, während der eine Arm durch den Ärmel geführt wird, führt den zweiten Arm nach hinten und schlüpft unter leichter Beihilfe in den zweiten.

Auf Aufforderung findet er die beiden Schuhe wieder, hantiert mit denselben wie vorher, klopft damit auf die Oberschenkel, lässt sich den einen anziehen, versteht aber nicht, dann den zweiten selbst anzuziehen.

Pat. folgt der mündlichen Aufforderung, aufzustehen. Er erhält einen Schlüsselbund in die Hand, klappert mit den Schlüsseln; er wird mit den Schlüsseln vor die Thür gestellt, legt dieselben aber ohne Versuch, sie zu benützen, wieder beiseite; der Schlüssel wird in das Schloss gesteckt; Pat. versucht in ungeschickter Weise zu öffnen, klopft an die Thüren, betastet eine mit dem Schloss nicht in Verbindung stehende Handhabe, murmelt aber dabei: „Umdrehen, umdrehen.“ Zuletzt gelingt es ihm mehr zufällig, das Schloss zu öffnen, er öffnet die Thüre, geht hinaus, eilt durch den Corridor, und wird in das Untersuchungszimmer geführt.

Pat. setzt sich unaufgefordert auf einen im Wege stehenden Stuhl, versteht die Aufforderung, den Stuhl mit sich zu nehmen, nicht, trägt denselben aber eine Strecke weit, nachdem er ihm mit entsprechenden Gesten in die Hand gegeben wird, stellt ihn zuletzt in schiefer Lage gegen ein Bett, beklopft eingehend das Sitzbrett, setzt sich endlich nieder. Es werden ihm Gegenstände (zunächst unter Ausschluss des Tastsinnes) vorgezeigt:

Ein Leuchter. Er reagiert nicht darauf, spricht: „Das ist wieder besser so als, das ist wieder besser so Hospital, jawohl“, klatscht lebhaft in die Hände.

Ein Apfel. Pat. reagiert nicht weiter auf den Anblick; der Apfel wird ihm in die Hand gegeben; er beisst kräftig ab. „Hospital, das ist so Hospital so.“ Frage: „Schmeckt's?“ Antw.: „Ja gut, jawohl gut.“

Eine Haarbürste. „Hospital sozusagen.“ Er erhält die Bürste in die Hand gelegt, weiss nichts damit anzufangen, legt sie wieder beiseite, wird gebürstet, folgt der Aufforderung fortzufahren nicht und greift spontan nach einer vor ihm stehen-

den Schaale mit Äpfeln, nachdem ihm diese entzogen wird, nach dem angebissenen Apfel, beisst davon ab; er erhält in eine Hand die Haarbürste, in die andere den Apfel; er legt beides beiseite.

Eine verkorkte Flasche. Pat. setzt sie an den Mund (mit dem Korke): „Prost, danke.“ Er zieht anscheinend kräftig. Frage: „Ist es gut?“ Antw.: „Ja“. Er greift dann wieder nach dem Apfel, isst ihn auf, entfernt mit grosser Umständlichkeit den Stiel.

Er erhält zum zweiten male die verkorkte Flasche in die Hand. „Prost“, zieht den Kork mit den Zähnen heraus, stellt dann die Flasche wieder weg, erhält den Kork in die Hand, legt ihn weg, erhält die Flasche. „Prost,“ trinkt. „Schön.“

Es wird dem Pat. ein Blatt Papier vorgelegt und ein Bleistift in die Hand gegeben, mit dem Auftrage zu schreiben. Er hält den Bleistift correct und kritzelt Haken auf das Papier, murmelt dabei: „Hospital“.

Pat. wird aufgefordert seinen Namen (Herschel) zu schreiben; er murmelt: „E, O, R, L, ja, geht schon so,“ kritzelt wie vorher.

Sein Name wird ihm in deutschen Buchstaben vorgeschrieben, mit dem Auftrage, denselben abzuschreiben. Statt dessen versucht Pat. das, was er selbst vorher geschrieben, mit Daumen und Zeigefinger wegzunehmen.

Er wird aufgefordert, seinen geschriebenen Namen zu lesen, sagt: „Hospital ist das hier,“ nennt darauf einzelne Zahlen und Buchstaben, ohne erkenntlichen Zusammenhang mit dem zu Lesenden.

Soll „1“ schreiben, sagt: „31“.

Soll „5“ schreiben, sagt: „das ist e.“

Liest „u“ 14, nennt dann weiter Zahlen.

Soll seinen Namen lesen; liest: „21, 21, 14, 14, 15“; deutet dabei mit dem Bleistift auf einzelne Buchstaben.

Es wird ihm ein Federhalter mit Feder in die Hand gedrückt; er führt die Feder zum Munde, versucht dann zu schreiben, aufgefordert, die Feder einzutauchen, taucht er die Feder nicht in das Tintenfass, sondern in ein danebenstehendes Schälchen, macht die Bewegung des Ausspritzens, schreibt dann wie vorher; als die Hand mit dem Federhalter nach dem Tintenfass geführt werden soll, leistet er Widerstand: „Ich mach's ja nicht, ich mach's ja so“.

Er erhält wieder einen Bleistift, hält ihn verkehrt in der Hand, taucht ihn wieder in das Schälchen, versucht dann zu schreiben.

Nachdem ihm eine Zeitung vorgelegt ist, nennt er eine Reihe von Zahlen und Worten, unter denen Hospital immer wiederkehrt, verfolgt dabei mit dem Finger nach Kinderart Buchstaben um Buchstaben; nachdem ihm die Zeitung verkehrt in die Hand gegeben wird, stockt er einige Zeit lang, „liest“ aber dann weiter wie vorher.

Die Aufforderung, zu gehen und auch zu springen, wird befolgt, dagegen ist Pat. weder durch Worte noch durch Gesten zu veranlassen, eine geöffnete Thüre zu schliessen, geht vielmehr immer wieder heraus und herein; auf die Aufforderung, zum Arzte zu kommen, geht Pat. wiederholt nach der entgegengesetzten Richtung, bleibt dabei wiederholt vor einem Bette stehen, hascht seinen darauf entworfenen und sich bewegenden Schatten, greift auch nach dem Schatten anderer vorgehaltener Gegen-

stände, erklärt aber auf die Aufforderung, denselben wegzunehmen, nach wiederholten vergeblichen Versuchen: „Das kann man nicht so hier wegnehmen, Herr Doktor."

Auf dem Rückwege nach dem Krankensaale klopft und rüttelt Pat. an verschiedenen Thüren, findet, im Krankensaale wieder angelangt, sein Bett nicht, zieht aber, vor dasselbe geführt, selbst den Rock aus, lässt sich ohne Widerstand vollständig entkleiden, folgt der ohne entsprechende Gesten erteilten Aufforderung sich niederzulegen und wieder aufzustehen.

Im Laufe der nächsten 14 Tage wurde Pat. zunehmend lebhafter und begann spontan einiges Interesse und auch ein gewisses Verständnis für die Vorgänge in seiner Umgebung zu zeigen; so äusserte er gegenüber einem sehr redseligen Paralytiker, der in seiner Nähe lag, was dieser sage, sei doch nicht wahr. Auf das Rufen seines Namens auch aus grösserer Entfernung reagierte er stets prompt, localisierte, wie sich aus der Drehung des Kopfes entnehmen liess, stets richtig; den Arzt begrüsste er stets mit den Worten „Guten Morgen!" oder „Guten Abend, Herr Doktor!" gewöhnlich mit dem Zusatze: „Danke sehr". Die Frage nach seinem Befinden beantwortete er meist entsprechend: „Es geht mir ganz gut" und ähnlich; auf Verlangen, oft auch spontan bei der ärztlichen Visite gab er die Hand. Die fehlerhaften Bewegungen (Händereiben, Speichelfäden ziehen etc.), statt der verlangten werden seltener, solange man nur ganz einfache Reactionen forderte; mit Sicherheit traten sie wieder auf, wenn er zu irgendwelchen complicierten Leistungen angehalten wurde. Der meist heitere Affect des Pat. documentierte sich häufig durch lautes Händeklatschen und übertriebene lachende Mimik. Auf Fragen erfolgten die Antworten noch stets in der im Vorigen schon geschilderten Weise; die mehrfach skizzierten paraphasischen Wortreihen pflegten sich gewöhnlich auch an ausnahmsweise erfolgende correcte Antworten anzuschliessen; die Neigung, Worte, die er einmal gehört oder gebraucht hatte, weiter zu verwenden, war sehr auffallend, doch gelang es mit einiger Geduld stets, Pat. zur Aufmerksamkeit auf neue Fragen etc. zu bestimmen; niemals wurde Pat. auch bei lange fortgesetzter Exploration über diese selbst unwillig.

Eine Exploration am 7./3. 94 ergab folgendes: Pat. liegt auf dem Rücken zu Bett. Aufforderung: „Stehen Sie auf." Antw.: „Jawohl das mache ich, Herr Doktor, ja schön." Er bleibt trotzdem liegen, wiederholt auf nochmalige Aufforderung: „Jawohl, das mache ich," macht Bewegungen mit dem Oberkörper und den Füssen, ohne das Bett zu verlassen; erst, nachdem ohne weitere Aufforderung die Decke weggenommen wird, steht Pat. mit einem Ruck auf, und verlässt gewandt das Bett. Ein Strumpf wird ihm vorgehalten: „Das ist Hospital, mir ist ebenso richtig, mir ist ebenso ungefähr gewiss, deswegen weiss ich so ungefähr." Er hält den Strumpf in der Hand: „das ist so eine Sache (oder Socke?) hier", schlüpft mit der Hand hinein, lässt sich die Strümpfe anziehen. Er erhält eine Hose: „Das ist andere Construction hier"; Hose und Rock müssen ihm angezogen werden. Er dreht den in das Schloss gesteckten Schlüssel um, verlässt den Saal, steckt dann den Schlüssel selbst in das Schloss einer anderen Thür und öffnet.

Aufgefordert, zu schreiben, ergreift er ohne weiteres Zuthun vor ihm liegendes Papier und Bleistift, setzt sich in Positur.

Er soll seinen Namen schreiben, murmelt Buchstaben vor sich hin, schreibt eine

Reihe winziger Buchstaben, soweit erkennbar nicht identisch mit den gleichzeitig gemurmelten, macht den Arzt, nachdem er eine Reihe von Buchstaben geschrieben, auf das Geschriebene aufmerksam mit den Worten „das wird es sein, Herr Doktor." Die Aufforderung Hospital und Breslau zu schreiben, ergiebt kein besseres Resultat. Das Wort Breslau wird ihm vorgeschrieben, er wiederholt immer wieder: „Breslau, Breslau," befolgt aber die Aufforderung, es abzuschreiben nicht, schreibt dauernd nur winzige Buchstaben; auf wiederholtes Verlangen, er möge grösser schreiben, geraten stets nur die ersten Züge etwas grösser.

Es werden dem Pat. die Augen mit einem Tuche verbunden; er lässt dies ohne Widerstand geschehen, versucht nur im Laufe der folgenden Untersuchung wiederholt das Tuch zu verschieben, um ihm in die Hand gegebene Gegenstände sehen zu können.

Ein Papier mit Schnupftabak wird dem Pat. unter Vermeidung jeder Berührung unter die Nase gehalten; selbst bei stärkstmöglicher Annäherung erfolgt darauf keine Reaction. Pat. spricht wie vorher vor sich hin: „Hospital ist er, Hospital" u. s. w.

Die Binde wird abgenommen, der Tabak gezeigt. „Das ist ja schon verwendet, wo ist die Spitze"; Pat. greift wieder nach dem Bleistift, schreibt mit demselben mitten in den Tabak hinein auf das Papier, greift dann mit den Fingern in den Tabak hinein, murmelt: „91 das ist hier einmal schon, das ist hier, e, o, c."

Der Act des Schnupfens wird ihm gezeigt, er sieht aufmerksam zu, greift wieder in den Tabak und versucht jetzt, mit diesem zu schreiben. Es wird ihm Tabak direct auf die Nasenschleimhaut gedrückt, er inspiriert kräftig, zieht durch beide Nasenlöcher Tabak auf, sagt dazu ungefragt: „Ah, das schmeckt, schmeckt schön, danke, dass sie mir wenigstens so." Er nimmt eine zwischen den Fingerspitzen gereichte Prise Tabak aus der Hand des Arztes, legt sie wieder auf das Papier zurück. Ein gereichtes Taschentuch benützt er ohne weiteres. Nachdem ihm etwas alter (aber noch deutlich riechender) Pfeffer an die Nase gehalten wird, schnupft er kräftig, ohne Zeichen von Missbehagen, lässt den Versuch wiederholen, wischt einige male die Nase mit dem Tuche, ohne aber irgendwie unangenehme Empfindungen zu verraten; er schnupft noch ein drittes mal Pfeffer, spricht dazu: „Jawohl gut, schmeckt schön".

Pat. erhält ein Stückchen Butterbrot mit Chinin bestreut (Chin. muriat. O. 2 auf eine kleine Schnitte) in den Mund gesteckt, er kaut es mit Behagen, greift selbst nach dem Reste des Brotes und verzehrt es hastig mit sichtlichem Genusse. Er erhält darauf ein zweites Stück Butterbrot — ohne Chinin — und ein Messer vorgelegt, beginnt das Brot in Stücke zu schneiden, wird aber ungeduldig, beisst ab und leckt zuletzt noch die am Messer haften gebliebene Butter ab.

Pat. ergreift ohne Aufforderung ein vor ihm stehendes Glas mit Bier ruft: „Prost", (was er später bei jedem Trunke wiederholt), stösst dann mehrmals mit dem Glase an einen vor ihm stehenden Teller und trinkt. Es wird ihm ein 2. Glas entgegengehalten; er missversteht aber die Aufforderung anzustossen, greift statt dessen nach dem zweiten mit Wasser gefüllten Glase und trinkt aus diesem, offenbar ohne den Unterschied zu bemerken, ruft dazu: „Ihr Wohl, ihr Wohl trinke ich auch" und stösst gegen den Teller.

Dazwischen isst er spontan Butterbrot, das er auch wieder vom Tische auf-

nimmt, äussert einmal — neben vielem Unverständlich-Paraphasischem: „Wir leben hier schön".

Auf das Klimpern mit Geld direkt vor seinen Ohren reagiert Pat. in keiner Weise, ebensowenig auf das Vorhalten einer Hand voll Geldstücke. Er erhält ein 10- und ein 5 Pfennigstück in die Hand gedrückt: „Das sind 15 Minuten". Er dreht die Stücke wiederholt um: „10, 15, 20". Ein 2 Pfennigstück besieht er genauer: „2 Hospital sind es"; das 10 Pfennigstück wird nicht richtig benannt. Die Zahl 10 wird gross aufgeschrieben, er liest zuerst; „15 kostets" dann: „10, 10, 10".

„21" aufgeschrieben wird richtig gelesen; Pat. wird aufgefordert nochmal zu sehen, ob er sich nicht getäuscht, erklärt: „Genau 21, hier sehen Sie ja, Herr Doktor, genau 21".

Eine geschriebene „3" hält er schief in der Hand, scheint sie nicht zu erkennen.

Aufgefordert 6 auf Papier gezeichnete Punkte zu zählen, wiederholt er, ohne Verständnis für die Aufforderung oder auch nur Interesse an den Punkten zu bekunden, seine Worte Zahlen und Buchstaben.

Versuche, Pat. lesen zu lassen ergaben folgendes Resultat:

Hermann, sein Vorname! (in deutscher Schrift): „Hoffel Brauer ist das hier, r, e m, o, so, ganz recht Bercum."
Doktor (w. ob.): „Droker, Doker, Herr Doktor."
Esel (w. ob.): „Esel, Osel."
Bier: „Beier, Breier, o, e, r, e".
Tabak (in lateinischer Schrift): „Tauer, Banges."
Milch (w. ob.): „Mir, Mihrer, Mucker, o, e, r, e."
Krankenhaus: „Krankeshaus, Hauses. Hospital ist hier."
Unterhose: „Unterhofe."
Eisenbahn: „Eisenkasen, Kaseneine, Kasenese."
Pferd: „Kere, d, r."
Bett: „Drek, Dreke, Drekwerker."
Bettstatt: „Bess, Besstal."
Zwanzig (geschrieben): „Zwanzig."
Dreiunddreissig: „Bro und zetig, fretig, e, o, r, s, c, h."
20: „Wir sind hier 10, 20, 20."
33: „23."
25: „25."
100: „15."
7: „14."
8: „14, 21."
5: „15."
Papier: „Pa, Pa, e, o, r, s, r, b, s."
Bleistift: „Breistrip, Breistif."

Auffällig ist gerade bei diesen Leseversuchen die gespannte Aufmerksamkeit, mit der Pat. verfolgt, wie die einzelnen Zettel beschrieben werden, und die Hast, mit der er sich jedes neubeschriebenen zu bemächtigen sucht; gewöhnlich verfolgt er mit dem Finger Buchstaben um Buchstaben, scheint anfangs immer wieder

korrigieren zu wollen, reiht aber zuletzt ohne jeden erkennbaren Zusammenhang mit dem Vorgelegten planlos Buchstaben und auch Zahlen aneinander; eine gewisse Rücksichtnahme auf das zu Lesende dokumentiert sich aber doch insofern, als Pat., wenn ihm Buchstaben vorgelegt werden zumeist Buchstaben, wenn ihm Ziffern vorgelegt werden, zumeist Zahlen nennt.

Besonders auffällig erschien bei dieser wie bei späteren Untersuchungen, dass Pat. einzelne Buchstaben schlechter als ganze Worte, lange Worte relativ besser als kurze Worte ablas (cf. Protokoll.) [1])

Die Augen werden neuerdings verbunden.

Pat. erhält ein Stück Brot in die Hand, führt es sofort zum Munde und verzehrt es: „Das ist aber schön." Er erhält ein Stück zerknitterten Fliesspapieres in die Hand, schiebt es zum Munde, beginnt es zu zerkauen, ohne Missbehagen zu äussern. Er erhält ein Stück Watte, will sie zum Munde führen, zögert aber und hält sie zuletzt nach unten, um sie eventuell trotz Binde sehen zu können: „Erst sehen, was es eigentlich ist." Nachdem sie ihm in den Mund geschoben wird, spukt er wieder aus. In einen in die Hand gelegten Apfel beisst er kräftig, ebenso in ein Stück Seife, von dem er ein grosses Stück abbeisst: „Schmeckt sehr gut"!, „er kaut eine Zeit lang ganz behaglich daran, nimmt aber dann, ohne jedoch eigentlichen Widerwillen im Ausdruck zu zeigen, ein Stück wieder heraus. Er erhält den Apfel wieder in die Hand, legt ihn weg, erhält ihn wieder gereicht, wiegt und dreht ihn in der Hand, beisst zuletzt ab; auftretender Hustenreiz veranlasst den Arzt zum Eingehen in den Mund, wo sich hinter den Backzähnen noch ein Stückchen Seife findet.

Die Binde wird von den Augen abgenommen.

Die Reste des Apfels und der Seife werden Pat. wieder vorgelegt; er nimmt beide abwechselnd in die Hand, macht zuletzt Anstalten, wieder in die Seife zu beissen, wird aber daran verhindert. Es wird noch ein Stück Pfefferkuchen dazu gereicht; er weiss nun gar nicht mehr, welchem der drei Gegenstände er seine Aufmerksamkeit zuwenden soll, doch unterscheidet er sie sicher von den übrigen auf dem Tische liegenden; mehrmals greift er auch nach dem vor ihm stehenden Glase Wasser, trinkt daraus, vernachlässigt das danebenstehende Glas mit Bier.

Beim Weggehen wird Pat. aufgefordert, Seife, Apfel und Pfefferkuchen mitzunehmen, er ergreift mit jeder Hand abwechselnd je einen der 3 Gegenstände, weiss nicht, wie er den dritten fassen soll, und vermag nach vielen Versuchen offenbar nicht schlüssig zu werden, welchen er zurücklassen soll.

Als Anstalten gemacht werden, ihn wegzuführen, bedankt er sich vielmals beim Arzte, reicht diesem wiederholt spontan die Hand; bis zur Thüre geführt, kehrt er spontan nochmals um, geht eiligst an den Tisch, wo er vorher sass, und leert in einem Zuge das Bierglas.

Mit den vorstehenden Angaben — fast wörtlichen Wiedergaben stenographisch fixierter Untersuchungsprotokolle — dürfte das Bild,

---

[1]) Eine analoge Beobachtung s. bei Wernicke (Ges. Abhdgn. S. 47.)

das Pat. in den ersten Monaten darbot im wesentlichen gezeichnet sein; die weitere Beobachtung — über $2^1/_2$ Jahre — hat keine wesentliche Veränderung wenigstens in Bezug auf die asymbolischen Störungen ergeben; insbesondere hat sich die anfangs vielleicht zu hegende Hoffnung, dass eine Restitution eintreten werde, nur in sehr geringem Masse erfüllt. Die Erscheinungen, wie sie oben geschildert wurden, konnte ich Anfang Juli 94 fast unverändert vor der 64. Versammlung Ostdeutscher Irrenärzte demonstrieren, und zahlreiche spätere ähnliche Prüfungen haben kein anderes Resultat ergeben.

Das Verhalten des Pat. lässt sich jetzt in folgender Weise resumieren:

Er kennt und gebraucht diejenigen Gegenstände richtig, die für den täglichen Gebrauch von Nöten sind, (Essgeschirr, Bettstücke, Nachtstuhl) aber nur, solange sie ihm in der gewohnten Weise und insbesondere unter allen gewohnten Nebenumständen gereicht werden; unter ungewohnten Verhältnissen vermag er auch mit diesen nichts anzufangen. Zur Zeit der gemeinsamen Mahlzeiten isst Pat. wie jeder andere Kranke, bedient sich des Löffels, der Trinkgeschirre etc., aus seiner Umgebung herausgenommen, namentlich im Laufe einer ad hoc vorgenommenen Exploration, besieht er oft noch heute Löffel und Trinkgeschirr wie ganz fremde Gegenstände, lässt sie unbenutzt oder gebraucht sie falsch (den Löffel, um damit zu schreiben u. ä.). Gegenstände, die er seltener zu sehen Gelegenheit hat, werden selten richtig, meist gar nicht oder falsch gebraucht; ausnahmslos misslingen alle irgendwie komplizierteren Manipulationen; Pat. vermag gelegentlich ein Hemd, einen Strumpf anzuziehen, aber es ist ihm trotz vieler Versuche nie gelungen, die sämtlichen vor ihn gelegten Kleidungsstücke in richtiger Reihenfolge und an die richtigen Körperteile anzulegen; ebensowenig vermochte er je, wenn ihm Zigarre, Messer und Streichholz vorgelegt wurden, die Zigarre abzuschneiden und anzünden; die Mehrzahl der Gegenstände bedingt stets eine Zunahme der Verwirrung und veranlasst ihn jetzt meist bald das nutzlose Bemühen aufzugeben mit der konstanten Motivierung: „Das darf ich nicht thun"; übrigens verdient es Erwähnung, dass Pat. über seine vergeblichen Bemühungen nie in ärgerlichen oder zornigen Affekt geriet, dass er auch ohne Widerstand sich immer wieder zu derartigen Untersuchungen bereit finden lässt.

Von prinzipieller Bedeutung erscheint nun ein Symptom, das

schon in der ersten Zeit bisweilen beobachtet wurde, später aber, nachdem sich die noch zu erwähnende Besserung im Sprachvermögen des Pat. vollzogen hatte, viel deutlicher wurde. Es ist nämlich nicht selten zu beobachten, dass Pat. vorgelegte Gegenstände richtig benennt, ja sogar deren Zweck, wenn auch ungeschickt, doch einwandsfrei anzugeben weiss und dann dieselben Gegenstände gar nicht oder nur unrichtig zu gebrauchen weiss. So kam es mehr als einmal vor, dass er Zigarre, Messer und Zündholz richtig benannte, auch deren Zweck angab, ohne aber den entsprechenden Gebrauch davon machen zu können.

Ich werde an späterer Stelle noch auf die Bedeutung dieses Symptomes einzugehen haben.

Eine entschiedene Besserung ist, wie erwähnt, in Bezug auf die aphasischen Störungen zu verzeichnen, am meisten nach der Seite des Sprachverständnisses; unter genügenden Cautelen ist festzustellen, dass Pat. fast alle vorgelegten Fragen resp. Aufforderungen versteht. Voraussetzung dafür ist aber, dass dem Pat. einzelne Fragen in möglichst grossen Zwischenräumen vorgelegt werden; dann gelingt es meist, Antworten zu erhalten, die wenn auch nicht stets zutreffend, doch dem Sinne der Frage angepasst sind, oder auf längere Aufforderungen entsprechende Reaktionen zu erzielen. Werden dagegen dem Pat. mehrere Fragen oder Aufforderungen in rascher Aufeinanderfolge gestellt, so tritt bald derartige Verwirrung in den Reaktionen ein, dass über das Mass des Verständnisses jedes Urteil unmöglich wird.

In der Spontansprache des Pat. zeigt sich eine sichere Zunahme konkreter Begriffe, namentlich der Substantiva, im Vergleich zur ersten Zeit, wo, wie die vorstehenden Protokolle zeigen, Pat. fast nur über „Flickworte“ verfügte. Eines hieher gehörigen Symptomes — der Fähigkeit, Gegenstände zu benennen — wurde schon gedacht; ausserdem genügt der vorhandene Wortschatz jetzt schon zu gelegentlichen, allerdings dürftigen Erzählungen über sein Vorleben, seine Familienverhältnisse, seine Arbeiten, mehrfache Bestrafungen, einen Aufenthalt in der Charité in Berlin, die er bisweilen spontan produziert. Beeinträchtigt ist die Sprache des Pat. einmal durch das auch hier zu beobachtende Klebenbleiben am Vorhergegangenen, das oft soweit führt, dass Pat. in fast verbigeratorischer Weise ein und denselben Satz immer von neuem wiederholt, noch mehr aber durch eine eigentümliche, schwer zu schildernde Articulationsstörung; dieselbe ähnelt

am ehesten jener selteneren Form paralytischer Sprachstörung, bei der die übrigen Elemente gegenüber dem Silbenstolpern fast ganz zurückzutreten scheinen; nur erscheint die Störung in unserem Falle — wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf — vergröbert und wohl auch im Gegensatze zu den meisten Fällen von Paralyse ganz unabhängig von der „Schwierigkeit" des auszusprechenden Wortes an Intensität wechselnd. Nicht selten produziert Pat. einen oder mehrere Sätze ganz korrekt, um dann an einer beliebigen Stelle zu stocken; zunächst folgen dann gewöhnlich vergebliche Versuche, das gewollte Wort zu produzieren und, wenn dies, wie gewöhnlich, misslingt, eine bunte Silbenfolge, anfangs noch mit einer gewissen Ähnlichkeit mit dem Gesuchten, bald ganz unabhängig davon; es ist dann kaum mehr möglich zu entscheiden, ob die Beeinträchtigung der Sprache als Folge der Articulationsstörung aufgefasst oder als grobe Paraphasie bezeichnet werden soll. Weiterhin erscheint die Sprache des Pat. stets auffällig laut, alle Äusserungen erfolgen stossweise mit unausgeglichener Stimme und vielfach unrichtiger Betonung der einzelnen Satzglieder aber nicht eigentlich skandirend; im Gegensatze dazu erscheint es bemerkenswert, dass Pat. schon im Sommer 1894 gelegentlich die Anfangsverse bekannter Lieder mit leidlich wohlklingender Stimme, mit richtiger Melodie und richtigem Texte sang; gerade der letztere Umstand vermehrt die Analogieen, die die beschriebene Störung mit dem Bilde des Stotterns darbietet; dieselbe einfach als Stottern zu bezeichnen, würde zweifellos nicht die Gesamtheit der Symptome erschöpfen, doch ist es jedenfalls interessant darauf hinzuweisen, dass dem Stottern sehr nahestehende Erscheinungen sich hier im Verein mit aphasischen Symptomen im engeren Sinne entwickelt haben.

Zum richtigen Nachsprechen von Vorgesprochenem ist Pat. auch jetzt noch kaum zu veranlassen; dass er ein entsprechendes Verlangen versteht, kann nicht zweifelhaft sein; was er nachspricht, gibt aber das Vorgesprochene meist nur, wie oben geschildert, paraphasisch entstellt wieder; häufiger ist zu beobachten, dass Pat. ein in seiner Umgebung gefallenes Wort zufällig aufgreift, richtig nachspricht und seine Bemerkungen daranknüpft; von dem Nachsprechen im engeren Sinne, das bei der Untersuchung Aphasischer zunächst in Betracht kommt, ist aber dieses gelegentliche Aufgreifen einzelner Worte jedenfalls zu trennen.

Zusammenhängend zu lesen hat Pat. hier nicht wieder gelernt; bisweilen gelingt es ihm aus aufgegriffenen Zeitungsblättern einzelne längere oder kürzere Worte richtig zu lesen; angeknüpfte Bemerkungen erweisen auch bisweilen, dass er deren Sinn verstanden hat; meist aber „liest" er noch jetzt, wie in der ersten Zeit, statt des Vorgelegten sinnlose Silben- und Buchstabenreihen, dabei nach wie vor eifrig mit dem Finger der Zeile folgend.

Im Schreiben hat Pat. keinerlei Fortschritte gemacht; auf das, was er heute zu schreiben vermag, trifft die früher gegebene Schilderung (s. Seite 7) noch vollständig zu; ihn zum Nachschreiben eines Wortes zu veranlassen ist nie gelungen; mehrfach copierte er einzelne Buchstaben — ob mit oder ohne Verständnis, musste unentschieden bleiben — aber auch an diese schlossen sich unmittelbar die ihm eigentümlichen Haken an.

Erst im weiteren Verlaufe ist ferner eine Reihe von Störungen recht deutlich geworden, die hier noch geschildert werden sollen. Es wurde eingangs erwähnt, dass deutliche Lähmungserscheinungen — abgesehen von der hier nicht weiter zu berücksichtigenden alten Abducensparese — nicht zu konstatieren waren; trotzdem erscheint die Motilität des Kranken sehr häufig — nicht immer — in erheblichem Masse beeinträchtigt. Die Art der Störung wird aus einem Beispiel am ehesten ersichtlich werden: Pat. wird — NB. ohne jede erklärende Geste — aufgefordert, die Zunge zu zeigen: die Aufforderung wird prompt befolgt; er soll die Augen schliessen, was gleichfalls sofort befolgt wird; es wird ihm aufgetragen, die Augen weit zu öffnen: statt dessen öffnet er mit Aufgebot aller Kraft den Mund; er soll den Mund schliessen und streckt statt dessen wieder die Zunge vor. In einer anderen, nach einer längeren Pause, unternommenen Untersuchungsreihe wird Pat. zunächst aufgefordert, die Augen zu öffnen, dann den Mund zu schliessen; beides geschieht richtig; darauf soll er die Augen schliessen, statt dessen wird die Zunge gezeigt; er soll die Zunge zeigen und reisst statt dessen die Augen weit auf. Je länger die Untersuchung dauert, und je komplizierter die einzelne Aufgabe wird, desto weniger entspricht das Resultat dem Verlangten; es gelingt dem Pat. fast nie, gleichzeitig den Mund zu öffnen und die Augen zu schliessen; das Resultat derartiger Aufgaben ist gewöhnlich ein intensives Grimassieren, an dem die gesamte Gesichtsmuskulatur, Zungen- und Augenmuskeln fast

gleich stark beteiligt sind, auch wenn sie zur Ausführung der gerade verlangten Bewegung in keiner Weise von Nöten sind. Die Störung ist in den bezeichneten Muskelgruppen stets am deutlichsten ausgesprochen, aber auch in der Muskulatur der Extremitäten und des Rumpfes erkennbar. Pat. vermag unter geeigneten Vorbedingungen, d. h. wenn man zwischen je zwei Aufgaben eine Spanne Zeit verstreichen lässt, auf blosse mündliche Aufforderung jede verlangte, einfache Bewegung der Extremitäten und des Rumpfes zu vollziehen; werden mehrere derartige Bewegungen in rascher Folge oder eine kombinierte Bewegung verlangt, so tritt stets bald eine der vorhin beschriebenen ganz analoge Unordnung der Bewegungen ein: er bewegt statt des Armes das Bein, macht Streckungen statt Beugungen, verwechselt rechte und linke Extremitäten; dabei erfolgen alle Reaktionen mit übermässigem Kraftaufwand; auch hier macht sich das Haftenbleiben am vorher Verlangten in sehr deutlicher Weise geltend. Ich brauche kaum darauf hinzuweisen, welche Analogieen die geschilderten Erscheinungen in der mimischen und Körpermuskulatur mit den Störungen der Sprache bei unserem Pat. darbieten. Ebenso brauche ich auch nur kurz zu erwähnen, dass ganz ähnliche Zustände oft bei Paralytikern, noch häufiger und reiner aber in schweren Fällen von „Motilitätspsychosen“ (Wernicke) beobachtet werden. Die äussere Ähnlichkeit unseres Falles mit den letzterwähnten wird noch vermehrt durch ein weiteres Symptom, das zuerst Mitte März 1894, seitdem sehr häufig wieder beobachtet wurde, das Auftreten einer Art von Flexibilitas cerea.

Mitte März wurde zum ersten Male constatiert, dass Pat., wenn ihm der Arm gehoben wurde, diesen nicht zur Ruhelage zurückführte, dass er das passiv erhobene Bein unbeweglich ausgestreckt erhielt; dabei bestand keine Regungslosigkeit; auf Verlangen verstand Pat. prompt, die betreffende Extremität in die Ruhelage zurückzuführen, eventuell irgend eine andere Bewegung mit derselben auszuführen; für die Deutung des Zustandes, den man wohl am ehesten als „Pseudoflexibilitas“ bezeichnen darf, erscheinen eine Reihe von weiteren Détails nicht unwichtig: Bisweilen war bei derartigen passiven Bewegungen sehr ausgesprochen das Gefühl des wächsernen Widerstandes vorhanden, wie es bei wirklicher Flexibilitas cerea vorhanden zu sein pflegt; anderemale aber — oft nach kürzester Frist, wenn eine neue Bewegung versucht wurde, — war jene sicht-

liche Bereitwilligkeit des Pat. die begonnene Bewegung zu unterstützen konstatierbar, die von Ziehen[1]) als Charakteristikum der Pseudoflexibilitas angegeben wird. Nur ausnahmsweise und vielleicht zufällig fiel das Auftreten des geschilderten Symptomes zeitlich zusammen mit einem Zustande geringerer Lebhaftigkeit des Pat.; meist war dasselbe ganz unvermittelt hervorzurufen; bei der schon erwähnten öffentlichen Demonstration z. B. gelang es, den Pat., der eben noch eifrig mit einigen vorgelegten Gegenständen hantiert hatte, ohne Weiteres mit hochgehobenen Armen und in die Luft emporgestreckten Beinen auf seinem Stuhle zu fixieren; die blosse Aufforderung genügte, ihn wieder zum Einnehmen einer bequemeren Stellung und zur Fortsetzung seiner unterbrochenen Beschäftigung zu veranlassen. Wie in künstlich erteilten, konnte man übrigens gelegentlich auch in selbstgewählten abnormen Stellungen den Kranken längere Zeit verweilen sehen; auch in dieser Hinsicht bot er also eine gewisse Ähnlichkeit mit „katatonischen" Kranken; stets aber gelang es, auch das Aufgeben derartiger Stellungen durch blossen Zuruf zu erzielen.

Eine gewisse Verwandtschaft mit diesen Symptomen seitens der Motilität boten nun Beobachtungen, die in Bezug auf die Sensibilität gemacht wurden. Es liess sich nachweisen, dass Pat. jedenfalls grobe Störungen der Berührungsempfindlichkeit nicht darbot; gelang es überhaupt, ihn soweit zu fixieren, so reagierte er auf jede leise Berührung der Körperoberfläche bei geschlossenen Augen mit der typischen Phrase: „Werd' ich gewahr." Ebenso erfolgte auf schmerzhafte Reize (Nadelstiche) zumeist prompte Schmerzreaktion (Verziehen des Gesichtes, Wegziehen der betreffenden Extremität), bisweilen auch Abwehrbewegungen und Unmutsäusserungen. Dass es nicht immer gelang, über die Berührungsempfindlichkeit correcte Angaben zu erhalten, kann nach dem Vorgehenden nicht Wunder nehmen; viel auffallender war es, dass zeitweise auch jede Reaktion auf schmerzhafte Reize ausblieb; zu solchen Zeiten konnte Pat. selbst bei offenen Augen mit tiefen Nadelstichen an allen Körperteilen traktiert werden, ohne dass er eine Miene verzog oder sonst in irgend einer Weise einem Unbehagen Ausdruck gegeben hätte; er schien in solchen Zeiten am ganzen Körper absolut analgetisch; nun gelang es aber

[1]) Psychiatrie S. 151.

fast ausnahmslos durch Stimulieren, oft durch die einfache Frage: „Thut denn das nicht weh?“ die anscheinend fehlende Schmerzempfindlichkeit wieder herzustellen; Pat. bestätigte nicht nur, dass der letzte Stich geschmerzt habe, sondern er reagierte dann auch auf alle folgenden schmerzhaften Reize in gewohnter Weise.[1])

Es erübrigen noch einige Angaben über den geistigen Allgemeinzustand des Kranken, soweit derselbe nicht schon durch die vorstehenden Détailangaben gekennzeichnet ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Schädigung, welche acut den schweren Zustand verursachte, in dem Pat. in die Klinik aufgenommen wurde, schon ein nicht ganz intactes Gehirn betroffen hat; dafür spricht einmal die Anamnese, der zufolge Pat. schon seit längerer Zeit eine Einbusse an geistigen Fähigkeiten erlitten hatte; aber auch ohne Anamnese hätte die Betrachtung des Zustandes selbst zum mindesten den Verdacht erwecken müssen, dass Pat. schon länger in seiner gesamten geistigen Leistungsfähigkeit geschädigt war. Wird ein für die Äusserungen geistigen Lebens wichtiges Territorium des Gehirnes plötzlich ausgeschaltet, so beobachten wir nicht nur den so entstandenen Defekt, sondern, sobald der „Shok“ überwunden ist, auch gewissermassen als Reaktion des intakt gebliebenen übrigen Gehirnes auf die Schädigung eine Reihe allgemeiner Erscheinungen: Unbehagen, Klagen über die empfundene Schädigung, auch wohl Versuche, dieselbe nach Möglichkeit auszugleichen oder zu verdecken, wie wir es in so typischer Weise bei den gewöhnlichen Fällen sensorischer Aphasie finden; diese Reaktion aber bleibt aus, wenn das betroffene Gehirn schon vorher invalide war, wenn auch die von grober Zerstörung verschont gebliebenen Partien schon vorher mehr oder minder geschädigt waren. Recht lehrreich gestaltet sich in dieser Beziehung der Vergleich eines bis dahin geistig intakten

[1]) Das eben geschilderte Verhalten der Schmerzempfindlichkeit hat sich nicht geändert; dagegen muss ich hier ein wichtiges Symptom nachtragen, das sich später eingestellt hat; die früher, wie erwähnt, normalen Patellarreflexe sind seit circa ½ Jahre erloschen; die passive Beweglichkeit der unteren Extremitäten erscheint vermehrt; ataktische Erscheinungen sind dagegen nicht zu konstatieren: Pat. geht, springt, steigt auf Stühle nicht ungeschickter als früher, das Romberg'sche Symptom konnte nicht konstatiert werden; die Reaction der Pupillen auf Lichteinfall ist erhalten; Blasen- und Mastdarmfunktion sind wochenlang ungestört; zeitenweise ist Pat. — wie früher — unsauber. Ich werde über die Deutung des Symptomes noch zu sprechen haben.

Kranken, der etwa durch eine Blutung sensorisch-aphasisch geworden ist, mit einem Paralytiker, — auch im Anfangsstadium — der die gleiche Affektion durch einen paralytischen Anfall acquiriert hat, Beobachtungen, zu denen ja hinreichend Gelegenheit gegeben ist.

Bei dem Kranken H. nun war diese Reaktion schon von Anfang an auffällig gering; immerhin liessen gelegentliche Äusserungen darauf schliessen, dass er eine gewisse Einsicht für die plötzliche Schädigung hatte; er suchte sich wegen seiner mangelhaften Ausdrucksweise zu entschuldigen, er versprach bisweilen, irgend welche Aufträge auszuführen „so gut er eben könne," er wurde endlich anfangs bisweilen missmutig und über sich selbst ärgerlich, wenn ihm die Ausführung misslang, ein Affekt, der sich (s. oben) gelegentlich auch in Fluchen äusserte. Seit langem sind nun derartige Reaktionen nicht mehr aufgetreten; Pat. ist stets von seinen Leistungen ganz befriedigt; er gibt auch auf diesbezügliche Fragen nie zu, dass er sich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt fühle; auch sonst machen sich mehr und mehr Anzeichen für eine zunehmende geistige Schwäche geltend; während Pat. früher den Untersuchungen mit einem gewissen Interesse folgte und ein, wenn auch beschränktes, Verständnis für ihren Zweck zu dokumentieren schien, gelingt es jetzt viel schwerer, ihn für eine Untersuchung zu interessiren; trotz fortdauernden guten Willens schweift er stets wieder ab; während er früher ein, wenn auch beschränktes Verlangen nach Thätigkeit äusserte — er verlangte aufzustehen, in den Garten zu gehen — liegt er jetzt absolut unthätig und, wenn er nicht speziell angesprochen wird, ohne jede Teilnahme an der Umgebung zu Bette; nur vorübergehend wird ein fast delirantes Drängen nach Hause beobachtet; zeitweise schimpft Pat. mit spärlichem Wortschatz und vielfach paraphasisch entstellten Sätzen über die ungerechtfertigte Detention, ist aber stets leicht zu beruhigen; es ist unzweifelhaft, dass Pat. zunehmend verblödet.

Trotzdem sind die Eindrücke, die er hier empfangen, nicht ganz spurlos an ihm vorübergegangen; er hat einmal — wie oben ausgeführt — eine Reihe früherer Fähigkeiten wieder erlangt, er hat aber auch, was wesentlicher ist, einige vollständige Neuerwerbungen gemacht: er kennt die Namen der Ärzte, einzelner Wärter und Kranker, erinnert sich mancher für ihn wichtiger Vorkommnisse, so z. B. einer Incision, die im April 94 wegen einer Phlegmone am Knie vorgenommen werden musste; die meisten Erlebnisse hat er allerdings vergessen.

Endlich sei noch erwähnt, dass Pat. im Herbste 1894 einen mehrere Wochen dauernden Zustand psychotischer Erregung mit deliranter Färbung durchmachte; er wurde namentlich Nachts unruhig, verliess das Bett, sah schwarze Hunde, beschuldigte Wärter und Mitkranke unerlaubter Beziehungen zu seiner Frau und erging sich demgemäss in heftigen, ihm stets geläufigen Schimpfreden. Eine spezielle Ätiologie für diesen typisch alkoholistischen Zustand liess sich nicht eruieren; insbesondere muss es als ausgeschlossen gelten, dass Pat. in irgend einer Weise Alkoholica zugeführt worden wären. Die Psychose klang langsam ab, wie sie sich entwickelt hatte; zur Zeit sind psychotische Symptome im engeren Sinne nicht mehr eruierbar.

Beobachtung II.

Robert F., Restaurateur, 65 Jahr.

Aufgenommen den 2. IV. 88.

Anamnese: Pat. soll früher nie krank gewesen sein. Seit einem Jahr klagte Pat. über die Beine, teils Schmerzen teils Erschwerung des Gehens; er wurde vom Arzte als „rückenmarkleidend" bezeichnet; in den letzten Monaten vor der Aufnahme soll Pat. mehrmals umgefallen sein, wobei es zweifelhaft blieb, ob infolge von Ohnmacht oder von Schwäche der Beine; Lähmungserscheinungen sind nie vorhanden gewesen. Er stand seiner Funktion als Wirt in einem Offizierkasino bis in die letzte Zeit vor; erst 3—4 Wochen vor dem zu berichtenden Insult fing er auf Rat des Arztes an das Zimmer zu hüten und beschränkte sich auf die Erledigung der schriftlichen Arbeiten. Geistig wurde bis zu dem Insult keine Abnormität beobachtet. Am 6. III. 1888 wurde Pat. auf der Erde liegend angetroffen, (er war vom Nachtstuhle gefallen) anscheinend „des Verstandes beraubt." Er schlief viel, schrie ab und zu, sprach unverständlich, schien niemand zu kennen, war unsauber; man konnte sich mit ihm nicht verständigen; zuerst war ihm kein Essen beizubringen, später ass er; 10 Tage nach dem Anfall kam Pat. in eine Kranken-Anstalt, von da am 2. IV. in die psychiatrische Klinik.

Er war sehr störend durch lautes Schreien und zwar Nachts mehr als am Tage. Eine Lähmung der Glieder soll auch gleich nach dem Anfalle nicht bestanden haben, doch konnte Pat. seitdem nicht mehr, wie vorher, gehen und stehen.

Stat. bei der Aufnahme:

Gut genährter, alter Mann, mit sehr schlaffer Muskulatur, an zahlreichen Körperstellen zum Teil ulcerierte Pusteln. Pat. befindet sich für gewöhnlich in einem schlafähnlichen Zustand, liegt mit geschlossenen Augen auf der Seite, äussert sich wenig. Er verfällt in diesen Zustand schleunigst wieder, sobald man ihn im Bette liegend sich selbst überlässt. Jeder Versuch, den Pat. aus seinem Schlafe aufzu-

rütteln, jeder äussere Reiz, Versuche ihn aufzusetzen, Vorzeigen von Gegenständen, lautes Anreden ruft zunächst Zeichen grossen Misbehagens beim Patienten hervor; er äussert dasselbe in schreienden Redeversuchen, sowie auch in Abwehrbewegungen; seine Mienen drücken eine ängstliche Verlegenheit aus, seine Augen sehen sich Hilfe suchend nach den anwesenden Personen um; Pat. streckt auch wohl die Hände nach ihnen aus; er erkennt sie offenbar als Personen, spricht sie an als „meine Herren"; wendet sich mehrfach an den Insassen des benachbarten Bettes, auch an fernerstehende Personen. Was Pat. spricht, sind zumeist Phrasen, die ausdrücken, dass man ihn in Ruhe lassen möchte, oder, falls ihm seine Situation unbequem ist, zur Hilfeleistung auffordern: „Ach lassen Sie mich doch, ach machen Sie doch ein Bisserle hin, ein Bisserle her, sind sie so gut machen Sie ordentlich, ach meine Herren, lassen Sie mich doch heran;" er jammert oft „ach Gott, ach Gott, ach je, ach je." Pat. spricht meist übermässig laut, schreiend, wie Hilfe rufend, besonders wenn man ihn aus der Ruhe aufstört oder irgend welche Manipulationen mit ihm vornimmt. Ob das Schreien Ausdruck des Unwillens oder der Angst ist, oder ob es mit Bewusstsein zur Erleichterung des Verständnisses geschieht muss zweifelhaft bleiben. Oft kontrastiert das laute Schreien mit dem Inhalt der Worte, die gar keinem Affekte entprechen. „Ich danke schön, danke schön, gute Nacht wünsche ich, gute Nacht."

Gleich bei der 1. Visite fängt Pat. laut an zu schreien, bevor noch etwas mit ihm geschieht: „Ich kann nicht essen, ich will nicht essen." Während man sich mit Pat. beschäftigt, wird er immerhin soweit angeregt, dass man nicht von Benommenheit sprechen kann. Das Mienenspiel ist lebhaft und charakteristisch, die Bewegungen zum Teil recht kräftig. Das Gefühl der Verlegenheit und des Misbehagens verlässt den Pat. nur, wenn man ihn ruhig zu Bette liegen lässt oder wenn man ihm etwas Essbares in den Mund oder wenigstens in die Hand giebt; er hat grossen Appetit, und sobald er etwas Geniessbares im Munde fühlt, nimmt seine Miene einen etwas befriedigteren, beruhigten Ausdruck an; er hört auf zu schreien und spricht mit ausdrucksvoller Stimme: „Fein! danke schön, danke schön."

Es fiel zunächst auf, dass Pat. verschiedene Gegenstände, die in die Nähe seines Gesichtes gebracht werden, zu Munde zu führen und anzubeissen versucht. Die nähere Untersuchung ergab in den ersten 2 Tagen etwa Folgendes:

Es wird eine Hand in die Nähe des Mundes des Pat. gebracht. Pat. sperrt den Mund auf, nähert ihn der Hand, oder zieht dieselbe auch mit Hilfe seiner eigenen zum Munde hin. Er versucht die Hand anzubeissen; später macht er mit der Hand eigentümliche Manipulationen, als ob er sie küssen wollte; doch scheint es sich mehr um ein Belecken zu handeln. Dazu spricht Pat.: „Danke schön, danke schön," mehrmals auch: „Erlauben Sie." Essbares scheint er durch Geschmack zu erkennen. Einen Schlüssel versucht Pat. erst vom einen, dann vom anderen Ende anzubeissen. Ein Stück Semmel, in die Hand gegeben, wird mit grosser Befriedigung verzehrt. Pat. isst gierig, übergrosse Bissen machend, bedankt sich.

Ein ganzes Brot fasst Pat. mit beiden Händen, versucht es zu benagen.

Ein Filzhut wird vor dem Pat. auf das Bett gesetzt; er dankt, zieht ihn zum Munde, will ihn anbeissen.

Ein Federhalter wird an den Mund gebracht; er fasst ihn mit dem Munde,

nimmt ihn dann wieder heraus und legt ihn sorgsam neben sich; schreit dabei laut: „Ich danke, danke ja.“

Etwas Milch lässt er sich mit Vergnügen einflössen; als ihm darauf zum zweiten Male der Topf mit dem Löffel genähert wird, sagt er: „Ach so ein Bissele Grog, das ist ganz gut.“ Es soll ihm ein Hemd angezogen werden; er zieht es zum Munde und beisst hinein; es wiederholt sich oft, dass Pat. Kissen oder Decke mit den Zähnen packt.

Eine Zigarre bekommt er in die Hand; er beisst hinein, wirft sie unwillig weg mit den Worten: „Es ist nichts dran.“

Eine Zigarre wird ihm in die linke Hand gegeben, er tastet hin und her, sagt dazu „ich rute nicht, rute, ich rute nicht“, will sie zurückgeben.

Eine Zeitung will er anbeissen, nimmt sie in den Mund, legt sie dann weg und sagt: „Na die geht nicht.“ Bei einer Wiederholung des Versuches sagt er: „Ich will kein Rad (?)“

Ein Bleistift wird ihm genähert, er macht zunächst den Mund auf, ohne recht hinzusehen, dann befühlt er den Gegenstand und sagt: „Na dies hab' ich nicht, kann ich nicht.“

Wiederum ein Schlüssel; er beisst ihn an, fragt dann: „Hierher, wo denn?“ er will ihn zurückgeben, reicht ihn dem Arzte, legt ihn aber nicht auf die vorgehaltene Hand, sondern auf den Ellbogen.

Ein Pincenez betastet er, besieht es, legt es dann weg mit den Worten: „Das gehört mir nicht.“

Er wird mit einem Taschentuche bedeckt, giebt es anscheinend absichtlich dem Arzte zurück. Bei einer Wiederholung des Versuches legt er das Tuch neben sich und sagt: „Nicht doch, ich habe ja genug.“

Pat. erhält einen Topf mit Milch zunächst vorgehalten, trinkt daraus, bekommt ihn dann in die Hand und trinkt allein.

Er erhält mehrere Thaler; er betrachtet sie, macht einmal Anstalten sie zu verzehren, bringt sie aber nicht in den Mund, sondern will sie weglegen. Ein zweites Mal versucht er das Geld unter den Kragen seines Hemdes zu schieben.

Ein Stück Brot, von dem er gegessen, sucht er von selbst mit der Hand und findet es, trotzdem er ungeschickt dabei verfährt.

Einen Schlüssel und ein Thalerstück giebt er ohne Weiteres zurück, nachdem er die Gegenstände befühlt und betrachtet hat; einen ganzen Schlüsselbund befühlt und beleckt er, giebt ihn dann weg.

Die vorstehenden Versuche sind in 3 verschiedenen Explorationen, also in Zwischenräumen von mehreren Stunden vorgenommen. Wenn Pat. im Bette lag, so suchte er wiederholt die Untersuchung dadurch abzubrechen, dass er sich auf die Seite legte und die Decke über den Kopf zog; wiederholt biss er auch in die Decke.

Pat. hat im Bette fast dauernd eine Hand an den Genitalien; er scheint mit Vorliebe auf der linken Seite zu liegen.

Pat. benutzt beide Hände gleichmässig; die gröberen Bewegungen, das Greifen nach etwas, Versuche, sich Decke oder Hemd zurechtzulegen, sind immer sehr ungeschickt, von eigentümlicher Unsicherheit und Unruhe; doch ist Pat. im Stande, auch kleinere Gegenstände zwischen den Fingern festzuhalten und zu betasten.

Pat. sieht ohne Frage; die Gegenstände, die ihm vorgehalten werden, erregen auch seine Aufmerksamkeit zum Teil, doch beschränken sich seine Reaktionen darauf, dass er den Mund spitzt oder öffnet; seltener nimmt er von selbst die Hände zu Hilfe, um sich der betreffenden Gegenstände zu bemächtigen.

Pat. sieht sich zuweilen rings um, wobei die Augenbewegungen sich als unbeschränkt erweisen; für gewöhnlich aber sieht er starr vor sich hin, nnd lässt sich durch seitliche Beleuchtung und Beschattung des Auges nur ausnahmsweise zur Wendung des Blickes veranlassen. Erst wenn er in grosse Unruhe und Affekt gerät, fängt er an, seine Umgebung wie Hilfe suchend zu durchmustern.

Es ist wiederholt vorgekommen, dass Pat. eine neben ihm stehende Person direkt fixierte und ansprach: „kommen Sie 'mal her", dass er ihre Hand erfasste, wie bittend, dass er Hand oder Gesicht des Betreffenden streichelte; dazwischen kommt es aber immer wieder vor, dass er irgend einen Körperteil der Person, mit der er zu sprechen scheint, zum Munde führt und anzubeissen versucht.

Pat. ist durch akustische Eindrücke sehr wenig zu beeinflussen; doch wendet er sich mehrmals um, als laut neben ihm gepfiffen wird. Das Gesprochene macht inhaltlich gar keinen Eindruck auf ihn. Er versteht gar nichts.

Die spontane Sprache des Pat. ist derart gestört, dass in dem Wortschatze des Pat. anscheinend fast alle konkreten Begriffe, insbesondere Hauptworte, und ein grosser Teil der Zeitworter fehlen; dagegen ist der Vorrat von Interjektionen, Adjektiven etc. ziemlich gross und deren Anwendung richtig. Besonders, wenn Pat. im Affekt ist, bringt er einzelne Sätze vollständig correkt heraus.

Die Artikulation ist so gut wie ungestört. Pat. braucht (für konkrete Dinge etc.) eine Anzahl paraphasischer Ausdrücke. Von dem Gesprochenem wurde u. A. folgendes notiert:

„Ach mein Herr, mein Herr da ich Ihn' auf meinen Lihn will vielleicht etwas sagen, wolltest Du so gut mir etwas lassen ich finde mir auf Morgen Früh 10 Fell aufsuchen und einen Grand Grund Ihnen 'mal selbst rechnen und ich werde der Mutter morgen früh das jessen und würd Ihn' bitten, dass sie das für Ta geben hätten und so gern ich hätte wenn Sie wollen für mich den Grund trinken und das Geld, da kommt die Mutter wahrscheinlich herüber."

Pat. wurde mehrmals aus dem Bett genommen; dabei war er sehr ungeberdig, schrie mit lauter Stimme; er ist nicht im Stande allein zu gehen und zu stehen, der Rumpf neigt sich stark nach hinten über. Die Beine werden stark ataktisch bewegt; wenn Pat. sitzt oder geführt wird, so beschäftigt ihn fast ausschliesslich der Wunsch, wieder in's Bett zu kommen. Seine Geberden und Äusserungen drücken immer die Bitte aus, man möchte ihm behilflich sein, in's Bett zu gehen. Er ist schwer — eigentlich nur durch etwas Essbares — von diesem Gedanken abzubringen.

Neben dem Bette sitzend deutet Pat. öfter darauf, offenbar im Verständnis, dass dies sein Lager ist; den Ausdruck: Bett gebraucht er aber niemals. Vom Wärter auf das Bett gesetzt bedankt er sich mehrmals, weiss aber dann nicht recht, wie er sich hineinlegen soll. Er legt schliesslich den Kopf auf die Eisenkante des Fussendes und zieht die Beine halb nach. Als er halb hingelegt wird, weiss er mit der Decke nichts anzufangen; beim Anziehen des Hemdes wehrt er sich heftig und

schreit. Später zieht er das Hemd nach oben, beisst darein, wickelt es sich um Hals und Kopf, ist dann dadurch wieder geniert und jammert darüber in seiner unbehilflich-lärmenden Weise.

Im Gebiet der Hirnnerven sind Störungen zunächst nicht nachzuweisen, vielleicht ist die linke Naso-Labialfalte in der Ruhe etwas schlaffer; jedenfalls besteht keine rechtsseitige Parese.

Die Zunge wird, soweit man sie zu sehen bekommt, gleichmässig vorgestreckt.

Die Beine, in Bettlage untersucht, zeigen ziemlich lebhafte Patellarreflexe, keinen Fussklonus; kitzelt oder sticht man die Beine, so zieht Pat. sie kräftig an den Leib, wobei er gewöhnlich zu brüllen anfängt. Stechen wird an allen Körpertheilen unangenehm empfunden, meist auch schon jede andere energischere Berührung.

Pat. lässt Wasser wiederholt in's Bett.

Ueber die wichtige Frage eventueller Gesichtsfeldstörungen finden sich folgende Notizen:

Bei wiederholten Versuchen wird es immer wahrscheinlicher, dass Gesichtsfelddefecte bestehen, jedenfalls auf der rechten Seite eine erhebliche Einschränkung; ob eine vollständige Hemiopie besteht, bleibt zweifelhaft; es scheint manchmal, als ob Gegenstände, die sich rechts von der Fixationsrichtung befinden, doch die Aufmerksamkeit des Pat. erregten.

Später:

Hemiopie im absoluten Sinne scheint nicht zu bestehen; dagegen behält man den Eindruck, dass Personen, die sich im Gebiete der linken Seite seines Gesichtsfeldes befinden, leichter seine Aufmerksamkeit erregen als solche auf der rechten; andere Objecte als Personen erzielen überhaupt viel schwerer durch blossen Gesichtseindruck seine Aufmerksamkeit.

Bei Versuchen mit der Flamme ergiebt sich auffallenderweise, dass Pat. selbst im dunklen Zimmer sehr wenig Notiz davon nimmt. Man kann sie ihm ganz nahe bringen, ohne dass er Notiz davon nimmt. Ziemlich constant ist es dagegen, dass, wenn die Flamme sich von der linken Seite auf 10—20 cm nähert, der Kopf weggezogen wird und die Hand Abwehrbewegungen macht. Von rechts dagegen kann man oftmals die Flamme bis zum Versengen des Haares nahebringen, ohne dass dies eintritt. Dass die Flamme nicht erkannt wird, ist über allen Zweifel (s. u).

Die Tastvorstellungen getrennt von den Gesichtsvorstellungen zu untersuchen, war nicht möglich; wurden dem Pat. die Augen verbunden, so wurde er ungeduldig, beschäftigte sich fortwährend mit der Lösung der Binde.

Auch über das Bestehen halbseitiger Sensibilitätsstörungen konnte kein sicheres Urteil gewonnen werden.

Am 6./4. ist Pat. zum Teil noch sehr unruhig, schreit bei allen möglichen Anlässen, auch ganz ohne äusseren Anlass, wenn sich niemand mit ihm beschäftigt. Im Bette rutscht er hin und her, will sich an den Brettern aufrecht erhalten, winkt und ruft die Umstehenden anscheinend zu seiner Unterstützung herbei. Auf den Boden gesetzt, rutscht er ebenfalls hin und her, giebt dabei den Umstehenden zu verstehen, sie möchten ihm aufhelfen. In einen Lehnstuhl gesetzt wehrt er sich zunächst, dann scheint er sich ganz wohl zu befinden. Er spricht viel, zeigt über-

haupt grosse motorische Unruhe. Sein ganzes Benehmen gleicht am 6. dem eines Deliranten.

Pat. erzählt allerlei, giebt Befehle, raisonniert manchmal, thut, als ob er sich in einer ihm vertrauten Situation befände. Der Ausdruck von Ratlosigkeit kehrt nur wieder, wenn man mit Pat. irgend welche Manipulationen vornimmt, z. B. auch nur ihn anfasst; der Wortschatz erscheint am 6./4. grösser, er braucht auch einige concrete Ausdrücke, z. B. Wasser, Mütze. Er spricht Manches ganz correct; den Wärter, den er, wie Personen überhaupt, wohl als solchen erkennt, streichelt er zärtlich und sagt zu ihm: „Ach bleiben Sie, ach bleiben Sie". Er spricht vom Trinken und sagt: „Bis 10 oder 11 Uhr da bleibe ich wohl, ich gehe dann nach Hause." Im Bemühen, sein Hemd unter sich hervorzuziehen, raisonniert er halb vergnügt: „Das ist hier eine verfluchte Zucht".

Immerhin ist der Sinn seiner Reden nur hin und wieder verständlich.

Ein Licht, das dem Pat. am 5./4. von verschiedenen Seiten genähert wird, wird von ihm weder erkannt noch anscheinend überhaupt bemerkt. Ueberhaupt scheint es manchmal, als ob es leichter ist, seine Aufmerksamkeit auf Dinge zu lenken, wenn man sie in einer gewissen Entfernung zeigt, als wenn sie ihm von einer dicht neben ihm stehenden Person direkt vorgehalten werden. In die ihm direct vorgehaltene Hand versucht er noch immer zu beissen, aber nicht regelmässig. Einen Pantoffel befühlt er, wirft ihn dann weg; einen Schlüssel nimmt er zur Hand und versucht daraus zu trinken wie aus einem Löffel. Ein anderesmal schöpft er damit von der Decke wie aus einer Schüssel ab und führt ihn zum Munde. Zwei Thaler behandelt er ähnlich; nachdem er sie beide nicht in den Mund bringen kann, legt er einen weg und steckt den anderen hinein. Eine Apfelsine erregt augenscheinlich seine Aufmerksamkeit; er nimmt sie zur Hand „Was ist das?", wirft sie dann in die Stube. Als ihm ein Filzhut vorgehalten wird, sagt er: „Dies ist nicht mein" und spricht dann von seiner wollenen Mütze.

Bei späteren Untersuchungen wird Pat. bald mehr, bald weniger lebhaft angetroffen, zuweilen recht müde und schläfrig; er ist dann recht schwer auf irgend einen äusseren Eindruck zu lenken, sitzt mit halbgeschlossenen Augen da, nickt höchstens einer Person, die er gerade bemerkt, freundlich zu: „Guten Abend, guten Abend". Zu anderen Zeiten spricht er ziemlich viel und lebhaft, trägt gewöhnlich allerlei Bitten vor, die grösstenteils unverständlich bleiben, sich z. T. aber darauf beziehen, dass man ihm in irgend einer augenblicklichen Unbequemlichkeit helfen soll. Pat. ist äusserst dankbar und freundlich gegenüber allen Personen. Er grüsst sehr freundlich, streichelt die ihm näher zugänglichen Gliedmassen, küsst dieselben, versucht jetzt sehr selten daran zu beissen. Derartige Liebkosungen, insbesondere das Küssen, erstrecken sich aber auch auf die verschiedensten anderen Gegenstände, die man mit Pat. in Contact bringt; zum Beispiel einen Besen und ein Paar Stiefel, die man ihm dicht vor die Nase setzt, streichelt und küsst er zärtlich unter den Worten: „Danke, danke schön".

Man kann als sicher annehmen, dass Pat. Personen als solche erkennt, sowohl in der Entfernung als auch in der Nähe. Dass Pat. ausnahmsweise im Halbdunkel in einer Richtung winkte und sprach, wo niemand stand, hat sich wiederholt.

Pat. braucht immer die Anrede: „Meine Herren" oder „mein Herr!" Als ein-

mal eine ältere Frau in der Thüre des Zimmers erschien, hat er ihr deutlich zugerufen: „Kommen Sie einmal her, junge Frau“. Als ihn sein Sohn besucht, begrüsst er denselben, wie jeden anderen Menschen; er hat ihn offenbar nicht erkannt. Als ihm eine Katze in den Schoss gesetzt wird, leckt er daran, will sie auch einmal anbeissen.

Pat. bedankt sich für alles, was man mit ihm vornimmt, wenn er den Eindruck hat, dass es von irgend einer anwesenden Person ausgeht. Er bedankt sich bei allem, was man ihm in die Hand giebt, auch wenn es unbequem ist. Als man Miene macht, ihn zu schlagen, mit einem Besenstiel ausholt, ihn auch mehrfach damit berührt, macht er keinerlei Abwehrbewegungen, sondern nickt freundlich und dankt.

Dass Pat. andere Objecte ausser den Personen wieder erkennt, hat sich kaum mehr feststellen lassen; eine Apfelsine gab er einmal mit den Worten zurück: „Danke, ich esse so etwas nicht“; den gleichen Ausdruck gebraucht er aber auch bei anderen — ungeniessbaren Dingen.

Man kann das Benehmen des Kranken bei einem ihm zur Verfügung gestellten Object folgendermassen schildern.

Entweder 1. er nimmt den Gegenstand zur Hand, wendet ihn hin und her, weiss nichts damit anzufangen und will ihn zurückgeben. Ist dies nicht möglich, so behält er die Gegenstände in der Hand, auch wenn sie ihm unbequem werden, z. B. einen Hut; als ein Stuhl neben ihn gestellt wird, legt er die Objecte auf denselben ab. Gewisse Dinge sucht er auch, wenn sie ihm nicht abgenommen werden, einzustecken; er sucht augenscheinlich Hosen- und Brusttaschen in seiner Kleidung. So behandelt er einen Schlüssel, ein Stück Seife, Geld, ein Stück Brod (ohne anzubeissen), eine Zeitung.

oder 2. Pat. versucht die Dinge anzubeissen, um sie, wenn sie sich als ungeniessbar erweisen, nach dem vorher beschriebenen Modus zu behandeln. Pat. ist jetzt nicht mehr so gierig wie in den ersten Tagen (vielleicht, weil er sehr reichlich Nahrung zu sich nimmt?) Immerhin versucht er anzubeissen: ein Stück Seife, einen Pfropfen, ein Thermometer, ein Licht, einmal sogar unzweifelhaft die Flamme selbst;

endlich 3. Pat. behandelt die Objecte zärtlich, küsst daran und streichelt sie auch, spricht in so zärtlichem Tone mit ihnen, dass man entschieden den Eindruck bekommt, Pat. identificiere sie mit den Körperteilen derjenigen Person, die sie ihm gereicht hat. So behandelte er einen Stiefel, eine Bürste, einen Schlüssel.

Bei alledem ist hervorzuheben, dass Pat., wenn er etwas Geniessbares bekommt, insbesondere Semmel oder einen Topf Milch, sich sofort mit grösserer Entschiedenheit an die Verzehrung dieser Nahrungsmittel macht. Mit dem Löffel selbständig essen will Pat. absolut nicht, so oft es ihm auch vorgemacht wird. Er versucht einmal den Griff des Löffels anzubeissen.

Als man ihn an einen ordentlichen gedeckten Tisch mit Teller, Löffel, Messer und Gabel setzt, benimmt er sich nicht anders als sonst, wenn er gefüttert wird, benützt das Besteck etc. nicht. Nur einmal nimmt er einen Bissen aus dem Munde und legt ihn auf den Teller.

Pat. spricht noch immer paraphasisch, der Haupt-Inhalt geht immer noch verloren. Er scheint häufig eine fremde Sprache zu sprechen. Gewisse Ausdrücke,

Füllwörter, Ausdrücke des Verwunderns kommen in merkwürdiger Correctheit und mit ausgezeichneter Articulation heraus. Das Mienenspiel und die Gesticulation erscheinen auffallend lebhaft und absichtlich sehr pointiert. Dass Pat. sich auf Ausdrücke besonnen oder etwaige Fehler seiner Ausdrucksweise corrigiert hätte, wurde nicht beobachtet. Er ist mit seiner Diction offenbar ganz zufrieden.

Weitere Versuche ergaben noch Folgendes: Pat. erhält eine zugekorkte Flasche mit Milch und ein Glas. Pat. nimmt die Flasche und will trinken, lutscht am Kork, hebt die Flasche, biegt sich hintenüber, besieht sie dann ganz traurig und sagt: „Nein, es ist nicht, ich habe nicht darin, ich habe nichts.“ Nach wiederholten derartigen resultatlosen Versuchen nimmt er von selbst die Flasche und will in das Glas eingiessen. Er fasst dabei die Flasche mit der linken Hand, macht das Eingiessen ganz geschickt und lässt sich nicht dadurch beirren, dass nichts aus der Flasche herauskommt; er nimmt dann das Glas und versucht, daraus zu trinken. Die Flasche wird ihm wieder eingehändigt; er müht sich wiederholt in der obigen Weise mit ihr ab, dann nimmt er auf einmal die Flasche vom Munde ab, sieht sie genau an, nimmt den (lose steckenden) Pfropfen heraus und trinkt nun unbehindert aus der Flasche.

Pat. bekommt eine Cigarre: er steckt sie zuerst quer in den Mund, dann richtig und macht Rauchbewegungen. Es wird ihm ein Feuerzeug angeboten; er benützt es nicht, sondern schiebt es weg; es wird ein brennendes Zündholz an die Spitze der Cigarre gehalten; Pat. bemerkt dies und macht sichtlich Anstrengungen anzurauchen. Es wird, da dies nicht gelingen will, ein Licht angezündet; Pat. erblickt es, nimmt es in die Hand, und raucht sich selbst ohne Unterstützung die Cigarre an, wobei er allerdings das Licht nicht genau in das Niveau der Cigarre bringt. Im übrigen versteht er es ganz zweckmässig wie ein alter Raucher; er geht dabei so gründlich vor, dass die Cigarre lichterloh zu brennen anfängt; dann nimmt er sie mit der Hand aus dem Munde und sieht sich die Spitze an, offenbar um sich zu überzeugen, dass sie brennt. Trotzdem sie glüht, zündet er sie nochmal an. Das Licht wird ihm dann weggenommen. Pat. raucht mit sichtlicher Befriedigung. Er nimmt wiederholt die Cigarre aus dem Munde, besieht sie, steckt sie wieder hinein; dabei will er einmal hartnäckig die Cigarre verkehrt (mit der Aschenseite) in den Mund stecken. Pat. hält die Cigarre zwischen 2. und 3. Finger ganz geschickt; er benützt bald die rechte bald die linke Hand dazu, (wenn ihm die andere festgehalten wird). Der schon erwähnte Schütteltremor ist in der linken Hand stärker als in der rechten; trotzdem ist die rechte insofern ungeschickter, als sie öfter vorbeigreift, wenn sie nach der Cigarre greift, und beim Zurückführen derselben den Mund nicht gleich findet, sondern mehrmals an die Stirn oder gegen die Nase fährt. Dergleichen kommt mit der linken Hand nicht vor. (Aehnliches Vorbeigreifen der rechten Hand wurde auch sonst beobachtet, besonders wenn Pat. einen seitlich im Gesichtsfeld befindlichen Gegenstand erfassen wollte. Dabei waren die Bewegungen der Finger der rechten Hand (beim Betasten u. s. w.) nicht merklich unbeholfener als die der linken.

Es wird dem Pat. die Cigarre weggenommen; er sucht sie; es wird ihm ein Bleistift gegeben; er steckt ihn in den Mund und versucht dann zu rauchen. Es wird ihm das brennende Licht gegeben; Pat. betrachtet es und steckt es dann wie

eine Cigarre in den Mund, (was ihn wegen der grossen Dimensionen des Lichtes grosse Anstrengung kostet) sodass die Flamme von ihm absteht; er raucht krampfhaft an dem ca. 20 cm langen Stearinlicht. Es wird ausgelöscht und ihm aus dem Munde genommen, dem Pat. die Cigarre in die eine, das Licht in die andere Hand gegeben. Pat. steckt wiederum das Licht in den Mund, nimmt die Cigarre in die andere Hand, als ob diese ein Licht wäre, und versucht das Licht mit der Cigarre anzurauchen.

Der Rauchversuch wird am 25. IV., an welchem Tage Pat. deutliche Besserung zeigte, wiederholt. Pat. raucht sich in obiger Weise die Cigarre an, sie wird ihm weggenommen und ein Schlüssel gegeben; Pat. steckt ihn in den Mund und raucht daran. Es wird ihm ein Messer und ein brennendes Licht gegeben; er steckt das Messer in den Mund, raucht es an und behält es wie eine Cigarre krampfhaft ziehend im Munde.

Er werden dem Pat. eine Cigarre und ein Messer vorgehalten: Pat. wählt zuerst wieder das Messer; beides wird weggenommen; Pat. bekommt eine Milch enthaltende offene Bierflasche. Er steckt sie mit der Oeffnung in den Mund, während er sie mit der einen Hand festhält. Er versucht aber nicht zu trinken, was er sonst immer thut, wenn er die Flasche bekommt, (wobei er sich hintenüberbeugt und die Flasche hebt, bis er die Flüssigkeit in den Mund bekommt), sondern er behandelt sie sichtlich als Cigarre, krampfhaft daran rauchend. Er bekommt ein Licht, nimmt es und will die Flasche an ihrem breiten Bodenende mit dem Lichte anzünden.

Gegen einen 8jährigen Knaben, den er Anfang April zuerst sah, benahm er sich zunächst, wie gegen die übrigen, erwachsenen Personen; seitdem ist es wiederholt vorgekommen, dass er den zufällig im Zimmer befindlichen Knaben zu sich heranwinkte und ihm zurief: „Junge".

In den letzten 10 Tagen bekam Pat. starkes Oedem des rechten Armes, zugleich mit einer entzündlichen Rötung unterhalb des Ellbogens. Die gerötete Stelle wird incidiert, verbunden und der Arm in einer Schwebe hochgelagert. Dem Pat. ist dies sehr störend. Er macht allerlei Anstrengungen den Arm zu befreien. Derselbe hängt ganz frei in der Schlinge, und Pat. braucht nur mit der anderen Hand die Schlinge, deren Befestigung er anscheinend mit Aufmerksamkeit betrachtet hat, zu lösen oder über den Arm zu streifen, ja er braucht nur den rechten Arm in der Schulter zu heben, um ihn aus der Schlinge ziehen zu können; statt dessen zupft er mit der linken Hand und auch mit den Zähnen an dem Verbande und fordert die umstehenden Personen durch ausdruckvolle Geberden und allerlei bittende Phrasen auf, ihm den Verband abzunehmen. Einmal rief er dem Knaben zu: „Junge, komm' her, mach mir die Hand los!"

Am 25. IV. wird dem Pat. ein Hut aufgesetzt, er nimmt ihn ab, beisst zuerst die Krempe an, betastet ihn dann und setzt ihn sich wieder auf. Bei wiederholten Versuchen setzt er den Hut immer gleich auf den Kopf. Mit einem Handschuh manipuliert er, als ob er ihn anziehen wollte; es gelingt ihm aber nicht recht. Aus einer zugekorkten Flasche versucht er zu trinken, nimmt den Kork diesmal nicht heraus; die offene Flasche mit Milch wird dem Pat. zu kosten gegeben, dann vor ihm mit noch 3 leeren Bierflaschen auf ein Brett gestellt. Pat. beachtet die Flaschen

zuerst nicht, schliesslich stösst er daran, nimmt nun eine der leeren Flaschen und bemüht sich, daraus zu trinken. Es wird darauf, während Pat. eine Flasche in der Hand hat, ihm ein Pfropfen gegeben; er steckt denselben ohne Weiteres in die Flaschenöffnung. Watte steckt Pat. in den Mund, kaut sie, spuckt sie dann wieder aus. Beim Verbandwechsel versucht Pat., den Wärter zu beissen und auch Stücke des Verbandes mit dem Munde zu fassen. Pat. scheint zu frieren; er hat kein Hemd an; die Decke ist ihm herabgerutscht. Auf seinen Bauch blickend ruft er mehrmals: „Das ist ja alles Nacht (nackt?)". Er spricht von „Decken" „hier decken, bitte sehr", scheint zu wollen, dass man ihn zudecke. Er wird dabei ungeduldig und ängstlich; zum Fenster hinaus blickend ruft er plötzlich ganz laut: „Polizei, Polizei". Beim Anziehen des Hemdes fährt er in den einen Aermel von selbst hinein, während er sich bisher beim Anziehen stets höchst unzweckmässig benommen oder gesträubt hatte. (Das Ausziehen des Hemdes brachte er zuweilen ganz allein zustande.) Einen Thaler nimmt Pat., besieht ihn, sagt ganz deutlich: „Das ist ja Geld". (8 Tage vorher schon soll Pat. einmal, als ihm ein Bund Schlüssel gezeigt wurde, zum Wärter das Wort „Schlüssel" gesagt haben.) Pat. spricht u. A. folgendes: „Wo ist meine Zweeberge, wo ist mein Zwieback, wo haben sie meinen Korbe, meinen Zwerge, meine Zwerbererge! Wo haben sie meine Korge hingesmit? Meine geehrten Herren mit Erlaubnis. Hier steht ja mein Nam (Name?). Wo soll ich das Ding hinlegen! (hat eine Bürste in der Hand). Ich möchte pullen, bringen Sie mir doch". (Das erste mal, dass Pat. einem Bedürfnis deutlich Ausdruck gab.) Am 26. IV. bei einer klinischen Vorstellung ist Pat. sehr stumpf und schläfrig, sagt wiederholt ohne Anlass: „Danke, danke schön", ruft „Unterofficier" (Sergent hat er schon früher oft gerufen); er nimmt von Objecten (Semmel, Geld, Schlüssel, Milchflasche) gar keine rechte Notiz, schiebt sie von sich.

Am 27. IV. erhält er noch wechselnde Objecte, kümmert sich nicht viel darum; er ist unsauber, Abends leicht benommen.

Am 28. IV. ist Pat. dyspnoisch, benommen, sitzt nicht, ist unsauber. Auf der Lunge, besonders hinten unten, Rasseln; Temperatur 38,7.

Am 29. IV. Nachmittags stirbt Pat.

Die am 30./4. vorgenommene Section (Prof. Wernicke) ergab: An der Innenfläche des Stirnbeines rechts der Convexität entsprechend eine ca. Zweimarkstück-grosse unregelmässige Exostose, die bis zu $^1/_2$ cm über das Niveau sich erhebt und an der die Dura adhaerent ist; links symmetrisch eine ähnliche Exostose von kleinerem Umfange und nicht so starker Erhebung. Im Schädelinhalt reichliche Flüssigkeit; die Dura mater haftet an verschiedenen Stellen der Convexität fest an, ist sonst ohne Veränderungen. An der Gehirnbasis und ebenso an der Schädelbasis treten die grossen Arterienstämme als stark geschlängelte und erweiterte, nicht gefüllte blaugraue Stränge hervor, die hin und wieder mit gelben Einlagerungen versehen sind. Besonders klaffend ist das Lumen der Carotiden, deren Wände starr erscheinen; diese sind durch Adhaerenzen an die Hirnbasis fest-

gelötet, derart, dass sie mit der Scheere von dem darüber liegenden Nervus opticus abgetrennt werden müssen. Dabei zeigt sich ein muldenförmiger Eindruck, den die linke Carotis am linken Opticus über seine ganze quere Ausdehnung veranlasst hat; dasselbe findet sich weniger ausgeprägt am Anfangsteil des rechten Nervus opticus. Die Oculomotorii sind durch ähnliche Adhaerenzen dem Innenrande der beiden Schläfelappen angelötet, sonst ohne grobe Veränderung. In der Gegend des Tuber cinereum ist die Pia durchweg stark verdickt und stellenweise grauweiss verfärbt; auch die Arteriae profund. cerebri müssen aus der Pia herauspraepariert werden. Die Bulbi olfactorii sehen etwas glasig geschwollen aus; die Tractus olfactorii sind grau, die Bulbi sind auffallend hart.

An dem herausgenommenen Gehirn fallen sofort zwei ungefähr symmetrisch liegende, tief unter das Niveau eingesunkene Partien auf, welche sich jederseits etwa von der Querebene der hinteren Hälfte der Insel aus horizontal nach hinten, der Spitze des Occipitallappens zu, erstrecken. Die Breite dieser eingesunkenen Partie beträgt etwa 2—3 Querfinger. Die Präparation der Fossae Sylvii gelingt nur teilweise, weil beiderseits das hintere Ende der Insel und der erweichte Schläfelappen von einander nicht zu trennen sind. Jedoch kommt man links weiter nach hinten in die Inselgegend, es ist also ein kleinerer hinterer Bezirk derselben in die Erweichung hineingezogen als rechts. Ursache der Erweichung ist beiderseits etwa symmetrisch liegend eine Verstopfung des grösseren hinteren und zugleich unteren Astes der Art. foss. Sylvii; die Verstopfung ist am centralen Ende als gelbgraues Knötchen oder knollige Auftreibung der Arterie sichtbar und erstreckt sich wenige Centimeter nach der Peripherie; weiterhin erscheinen die Gefässe wieder durchgängig. Die Oberfläche der Erweichungsherde bildet eine gleichmässig concave Fläche; rechts sind die Windungen in ihren Contouren noch ziemlich deutlich zu erkennen, links dagegen gar nicht mehr. Der Farbenton ist links etwas heller als rechts und von dem des normalen Gewebes etwas mehr abweichend. Beiderseits, besonders aber links, sind die Gefässe der Pia über den Herden bis in ihre feinsten Verzweigungen ausgespritzt. An den Rändern des Herdes und auch stellenweise innerhalb desselben sind links weisse, bröckelige Detritusmassen hervortretend; rechts ist das gleiche Verhalten kaum angedeutet.

Sitz der Herde: Rechts: Zieht man eine Horizontale vom unteren Rande des Klappdeckels nach hinten, so bleibt der Herd vollständig unterhalb dieser Linie, im Gegenteil erstreckt sich die gesunde Substanz noch zum Teil darüber hinaus, wo sie dann unmerklich in die Erweichung übergeht. Mindestens die 3 vordersten Inselwindungen sind vollständig intact. Von der Spitze des Hinterhauptlappens bleibt der Heerd anscheinend etwa 2 cm entfernt. Ein Einschnitt ergiebt jedoch in der weissen Substanz dieser Stelle ebenfalls einen weissen bröckeligen Detritus. Vom Schläfelappen ist mehr als die vordere Hälfte vollständig intact. Dagegen ist das hintere Drittel der ersten Schläfewindung da, wo dieselbe zur Marginalwindung aufsteigt, vollständig zu Grunde gegangen; nach hinten von dieser Stelle verbreitert sich der Herd, sodass er den grössten Teil der zweiten Schläfewindung mit umfasst. Zungenwindung, Spindelwindung und ein angrenzender Teil der zweiten Schläfewindung sind vollständig intact. Die Centralwindungen, oberes und unteres Scheitelläppchen sind vollständig intact; die obere mediale Uebergangswindung ist intact, die zweite ebenfalls, jedoch ihre Fortsetzung in den Occipitallappen untergegangen, ebenso wie die sogenannte 3. Uebergangswindung.

Ein Frontalschnitt, entsprechend dem hinteren Ende der Fissura Sylvii ergiebt: Das Mark des unteren Scheitelllappens ist intact, ebenso das grosse gemeinschaftliche Marklager. Die Aussenwand des Hinterhornes ist von zweifelhafter Beschaffenheit; der Erweichungsherd nimmt hauptsächlich die zweite Schläfewindung und das dicht angrenzende Marklager des Schläfe-Occipitallappens ein.

Frontalschnitt durch das vordere Ende entsprechend dem Fuss der Insel: Alles intact bis auf starkes allgemeines Oedem der Hirnsubstanz.

Links: Der Herd ist von vorne nach hinten weniger ausgedehnt als rechts, von oben nach unten dagegen etwas mehr. Der Schläfelappen ist in grösserem Umfange erhalten, die zweite Schläfewindung gerade nur gestreift.

Zerstört sind: Das hintere Ende der ersten Schläfewindung, die Marginalwindung bis auf ein vorderstes Rudiment, das ganze untere Scheitelläppchen und die Fortsetzung desselben (zweite Uebergangswindung) nach hinten bis ungefähr 1 Zoll von der Hinterhauptspitze. Die obere Grenze bildet fast überall die Interparietalfurche; nach

dem Schläfelappen hin wird das Niveau der unteren Occipitalfurche nicht überschritten.

Ganz intact sind: Das obere Scheitelläppchen, die Centralwindungen, sowie die gesamte Innenfläche. Ein Einschnitt in den Occipitallappen zeigt die Spitze desselben frei und auch das Mark daselbst erhalten.

Ein Frontalschnitt durch das untere Scheitelläppchen zeigt, dass die Erweichung genau das untere Scheitelläppchen einnimmt. Das Marklager an der Aussenwand des Hinterhorns erscheint in ziemlicher Breite erhalten, geht aber unabgrenzbar in die Erweichung über.

Ein Frontalschnitt durch den Fuss der Insel erweist alles intact bis auf Oedem.

Bei Einschnitten in den Herd erweist sich der Inhalt grösstenteils als eine trübe, gelblichweisse bis graue Flüssigkeit.

Ich habe nachträglich Stücke aus beiden Hinterhauptlappen an nach Weigert—Pal gefärbten Serienschnitten untersucht, insbesondere, um über das Verhalten der Aussenwand des Hinterhornes Aufschluss zu gewinnen; beiderseits erwies sich die innerste Schicht, die Balkenfaserung, nur in geringem Grade laediert; ein Rest von dem Ventrikel dicht angelagerten Balkenfasern war auf allen Schnitten erhalten; die Stabkranzfasern waren zum Teil durch den Herd direct zerstört, doch waren ober- wie unterhalb der Laesionsstelle noch die Mehrzahl der Fasern vorhanden, insbesondere schien die obere Partie derselben, in der die Fasern zum eigentlichen Lichtfeld nach Sachs verlaufen, intact.

Ein etwas befremdendes Bild zeigte das untere Längsbündel; ein Anteil desselben — der lateral vom Ventrikel liegende — war noch direct im Herde zu Grunde gegangen; im übrigen war das Areal des Bündels erhalten, durch seine dunklere Färbung makroskopisch leicht von der Umgebung abzugrenzen; doch erschien es nicht, wie im normalen Gehirne, blauschwarz, sondern dunkelbraunrot; die mikroskopische Untersuchung liess in dem ganzen Areal nur vereinzelt Fasern wahrnehmen. Nachdem sich die übrigen Partien trotz des Alters des Gehirnes — über 7 Jahre — noch recht gut gefärbt hatten, kann ich nicht annehmen, dass gerade dieses eine Bündel der Färbung Widerstand geleistet hätte, sondern ich glaube, dass thatsächlich

die Fasern zu Grunde gegangen waren; auffallend muss es nur erscheinen, dass trotzdem das — wie gesagt, deutlich abgrenzbare — Areal des unteren Längsbündels im Verhältnis zu den übrigen Dimensionen des Gehirns nicht verkleinert erschien, wie es doch sonst beim Zugrundegehen einzelner Fasersysteme stets zu geschehen pflegt. Vielleicht vermag die Thatsache, dass die Erweichung relativ kurz — ca. 8 Wochen — vor dem Tode eingetreten war, dies auffällige Verhalten zu erklären; die Zeit hatte genügt, um eine secundäre Degeneration des unteren Längsbündels eintreten zu lassen, ohne dass es aber schon zu einer Schrumpfung des betr. Gebietes gekommen wäre. Dass das untere Längsbündel sich durch seine dunkelbraune Färbung von der Umgebung so scharf abgrenzt, erklärt sich vielleicht dadurch, dass Zerfallsproducte der starkkalibrigen Markscheiden dieses Bündels sich durch das jahrelange Liegen in Müllerscher Flüssigkeit stark mit Chrom impraegniert hatten; leider konnte die Untersuchung nach Marchi, welche über das Vorhandensein derartiger Zerfallsproducte hätte Aufschluss geben können, nicht stattfinden. Im übrigen brauche ich wohl kaum besonders zu betonen, dass sich die Befunde an den wenigen untersuchten Stücken — das Gehirn war, wie schon der oben wiedergegebene makroskopische Sectionsbefund zeigt, vielfach zerschnitten und nur mehr geringe Bruchstücke für die feinere Untersuchung brauchbar — zur Beurteilung detaillierter anatomischer Verhältnisse kaum heranziehen lassen.

Beobachtung III.

Friedrich G., 66 Jahre alt, Hutmacher.

Aufgenommen den 27. IV. 1896.

Anamnese: Vier Jahre vor der Aufnahme erlitt Pat. einen ersten apoplektischen Anfall mit Bewusstlosigkeit; damals war die rechte Seite gelähmt, der Mund verzogen, die Sprache nicht gestört. Nach einem 20 Wochen dauernden Krankenlager war die Hemiplegie soweit restituiert, dass Pat. wieder gehen konnte; doch blieb er seitdem arbeitsunfähig, klagte über Kopfschmerzen; in der Folgezeit traten 2 mal Schwindelanfälle auf, die den Pat. vorübergehend wieder bettlägerig machten, und in deren Gefolge die alte Lähmung wieder deutlicher wurde.

2 Jahre vor der Aufnahme trat neuerdings ein schwerer apoplektischer Insult auf mit vollständiger rechtseitiger Hemiplegie und Sprachverlust; erst nach 26 Wochen

war Pat. soweit hergestellt, dass er wieder allein gehen konnte; er konnte auch soweit sprechen, dass man ihn verstand; doch verwechselte er die Worte; das Schreiben ging nicht mehr; die Zeitung soll Pat. mit Verständnis für den Inhalt gelesen haben(?); seitdem wurde Pat. vergesslich, ausserdem aber reizbar, leicht geärgert und aufbrausend; bei geringer Gelegenheit fing er an zu weinen.

Ende Februar 1896 erfolgte der letzte Anfall; Pat. fiel vom Sopha, konnte nicht mehr aufstehen; seitdem sprach Pat. gar nicht mehr, verstand nicht mehr, was zu ihm gesagt wurde; nur einmal wollen die Angehörigen den Ruf „Anna" von ihm gehört haben. Die Nahrungsaufnahme geschah noch bisweilen spontan; im übrigen hielt Pat. nur krampfhaft fest, was ihm in die linke Hand gelegt wurde. Pat. wurde unsauber; wenn er sich verunreinigt hatte, machte er sich nicht bemerklich.

Die Angehörigen schien Pat. zu kennen; er streichelte die Kinder.

Nachts wurde er zuweilen unruhig, fiel auch mehrmals aus dem Bette.

Am 23. III. 1896 wurde Pat. in das Allerheiligen-Hospital zu Breslau aufgenommen, von da wegen deliranter Unruhe nach der Kgl. psychiatrischen Klinik verlegt.

Stat. bei der Aufnahme: Pat. ist ein sehr marastischer alter Mann; an mehreren Stellen des Körpers Dekubitus. Es besteht eine totale rechtsseitige Hemiplegie. Der rechte Arm wird in typischer Kontrakturstellung gehalten; das Bein dagegen ist auffallend schlaff; doch ist der Patellarreflex verstärkt, auch besteht Andeutung von Fussclonus. Die Reaktion auf schmerzhafte Reize (Nadelstiche) von der rechten Körperstelle aus scheint geringer als von der linken. Die Berührungsempfindlichkeit ist nicht sicher zu prüfen; doch wehrt Pat. beim Streichen der linken Körperhälfte eher ab als beim Streichen der rechten.

Die rechte untere Facialispartie erscheint paretisch; die Pupillen sind sehr eng, reagieren nicht auf Lichteinfall; rechtsseitige Hemiopie scheint sehr wahrscheinlich: der Drohreflex ist von rechts aus weniger sicher zu erzielen als von links; Gegenstände, die von rechts her in das Gesichtsfeld geführt werden, und Personen, die von rechts her an den Pat. herantreten, fixiert er weniger und später als von links her kommende.

Es besteht vollständige motorische Aphasie; Pat. produziert kein verständliches Wort, nur unartikulirte Jammerlaute. Auch das Sprachverständnis erscheint total aufgehoben, ebenso das Verständnis für Gesten; Pat. ist auch durch die eindringlichsten Gesten nicht zu veranlassen, die Zunge zu zeigen, die Hand zu reichen; es scheint überhaupt sehr schwer, den Pat. zu einer Reaktion zu veranlassen.

Sich selbst überlassen nimmt der Kranke an den Vorgängen seiner Umgebung gar keinen Anteil; dagegen macht sich häufig eine spontane, allerdings infolge der motorischen Unbehilflichkeit wenig erhebliche Unruhe bemerkbar; vor allem scheint Pat. unruhiger zu werden, wenn er sich verunreinigt hat; das Gesicht zeigt dann einen unzufrieden-unbehaglichen Ausdruck; seine spärlichen Gesten scheinen bisweilen den Wunsch auszudrücken, man möge ihm helfen, ihn aus einer unangenehmen Situation befreien; nicht selten werden die typischen Weinausbrüche der Apoplektiker beobachtet.

Von gezeigten Gegenständen nimmt Pat. keine Notiz, greift nicht darnach.

Essbares führt Pat., wenn es ihm in die Hand gegeben wird, zum Mund, beisst davon ab; in gleicher Weise beisst er aber auch in ein Stück Seife, eine Uhr, den vorgehaltenen Finger des Arztes; wird dem Pat. die Decke weggenommen, so äussert

er in unverständlichen Tönen sein Missbehagen; die Decke wieder zurechtzulegen, versteht er nicht, auch wenn sie ihm dicht vor die linke (nicht gelähmte) Hand gelegt wird; dagegen wurde mehrmals beobachtet, dass Pat. Strümpfe, Papierstücke oder, was ihm sonst zu Untersuchungszwecken in die Hand gelegt wurde, auf dem Bein wie zur Bedeckung auszubreiten suchte; die in die Hand gelegte Zeitung hält Pat. fest und scheint zu lesen; doch ist das Resultat gleich, ob man ihm die Zeitung richtig oder verkehrt in die Hand gegeben hat; meist hält Pat. in die Hand gelegte Gegenstände fest, auch wenn sie ihm lästig sind, was sich durch klägliches Mienenspiel kundgiebt; er versteht nicht einmal, sie fallen zu lassen; ganz vereinzelt wurde beobachtet, dass Pat. derartige lästige Gegenstände auf einem Tische deponierte, die komplizierteste richtige Leistung, die überhaupt zu constatieren war.

Auf akustische Eindrücke reagiert Pat. nicht besser als auf optische resp. taktile.

Der Geruchssinn war nicht zu prüfen; der Geschmack von Seife, die ihm in den Mund geschoben wird, veranlasst den Pat. zum Verziehen des Mundes; nichtsdestoweniger führt er das gleiche Stück Seife, das ihm dann in die Hand gegeben wird, sofort wieder zum Munde; (überhaupt konnten auch Versuche, die dem Pat. sichtliches Unbehagen verursacht hatten, im nächsten Momente stets wiederholt werden, ohne dass von Seiten des Kranken irgendwelcher Widerstand erfolgte, ein wohl prinzipiell wichtiger Umstand, der für alle derartigen Kranken zuzutreffen scheint.) Salziges und süsses Wasser, reines Wasser, Milch und Schnaps trinkt Pat. ohne Zeichen von Verständnis; nachdem ihm mehrere Male der Becher mit Flüssigkeit zum Munde geführt worden ist, versucht er zuletzt auch aus dem Becher zu trinken, in den ein Stück Brot gelegt ist.

Wesentliche Fortschritte wurden nicht beobachtet; die richtigen Reaktionen des Pat. beschränkten sich darauf, dass er bisweilen Essbares zum Munde führte und kaute; aus dem obigen geht hervor, dass es sich auch in diesen Fällen um ein zufälliges Erraten des Zweckes, nicht um ein Erkennen handelte, wovon später noch die Rede sein soll; wie weit die pantomimische Aufforderung zur Hilfeleistung, die Pat. bisweilen an seine Umgebung zu richten schien, wirklich den Personen seiner Umgebung galt, wie weit diese also als solche erkannt wurden, konnte nicht ganz sicher gestellt werden; bei Besuchen seitens der Angehörigen schien Pat. unruhiger als sonst, fing an zu weinen; vielleicht mag die Summe akustischer, optischer und taktiler Eindrücke hingereicht haben, dem Pat. ein ungefähres Bild der Situation zu geben; möglicherweise aber sind auch diese Affekte als der einfache Ausdruck der emotionellen Inkontinenz des Apoplektikers anzusehen.

Wiederholt traten im Laufe der Beobachtung Zustände leichter Benommenheit verbunden mit Erbrechen auf; in den Zwischenzeiten erschien Pat., wie ich ausdrücklich betonen muss, zwar in hohem Masse hinfällig, schwer krank, aber nicht benommen.

Ein letzter derartiger Anfall trat am 17. Juni 1896 auf; am 18. Juni 96 starb Pat.

Die Sektion ergab:

Gehirngewicht 1150 gr.

Die weichen Häute überall dünn, leicht abziehbar.

Die Arterien der Basis sind stark atheromatös verdickt; an 2 Ästchen der Arter. pr. foss. Sylvii (entsprechend den gleich zu schildernden Herden), erscheint das Lumen durch atheromatöse Wucherungen verschlossen; ein Thrombus lässt sich nicht auffinden.

Die Inspection des Gehirns ergibt fast symmetrische Erweichungsherde in der Schläfenhinterhauptsgegend beiderseits.

Die Grenzen der Oberflächenerweichung ergeben sich aus folgender Darstellung:

Rechts nimmt der Herd die II. Schläfewindung ein angefangen von einer Linie $5^1/_2$ cm hinter der Schläfelappenspitze; die obere Hälfte der III. Schläfewindung ist in ihrem hinteren Abschnitte vom Herde mitbetroffen, ebenso deren Fortsetzung in den Hinterhauptslappen hinein; ferner ist zerstört das untere Drittel der Angularwindung und die untere Kante der unteren Übergangswindung; die grösste Längsausdehnung des Herdes von vorn nach hinten beträgt 8, die grösste Breitenausdehnung 2 cm.

In der linken Hemisphäre ist zerstört: die I. Schläfewindung in gleicher Ausdehnung wie rechts die zweite; ferner ist zerstört das (von vorne nach hinten gerechnet) mittlere Drittel der Angularwindung.

Ausserdem zeigt die Mitte der linken vorderen Centralwindung eine etwa 50 Pfennigstück grosse Einsenkung, die sich nebst ihrer Umgebung weich anfühlt.

Das Gehirn wurde zur weiteren Bearbeitung nach der hier regelmässig geübten Methode in toto in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt.

An dem nach 2monatlicher Härtung halbirten Gehirn zeigte sich makroskopisch eine deutliche Degeneration im Splenium corpor. callosi; die spätere Zerlegung des Gehirns in frontaler Ebene liess, wie gewöhnlich in derartigen Fällen ziemlich erhebliche Zerstörung des Marklagers erkennen. Der in der Mitte der linken Zentralwindung erwähnte Herd reicht weit nach abwärts, bis in das Mark der Brocaschen Stelle, deren Rinde aber erhalten ist; in der linken ersten Schläfewindung ist das Mark bis nahe zur Spitze zerstört. Der Herd im rechten Schläfelappen geht erheblich in die Tiefe dicht bis an den Ventrikel heran. Genaueren Aufschluss über die Ausdehnung der Herde selbst, wie über die sekundären Degenerationen

wird erst die Durchmusterung der Schnittserien ergeben, die nach vollendeter Härtung angelegt werden sollen.

Die eben mitgeteilten 3 Krankengeschichten mögen nun die Grundlage für eine etwas eingehendere Würdigung des Krankheitsbildes der Asymbolie bilden. In den drei geschilderten Fällen tritt uns das typische Bild der Asymbolie entgegen, wie es im Eingange kurz gekennzeichnet wurde: die Unfähigkeit, trotz erhaltener Sinnesfunktion die Dinge zu erkennen und entsprechend zu gebrauchen; als Ursache dieser Unfähigkeit bezeichnet Wernicke [1]) den Verlust der für den Begriff der Gegenstände wesentlichen Erinnerungsbilder; die Störung hätten wir demnach zunächst in sensorischen Abschnitten des Gehirns zu suchen, wie ja auch in unseren beiden zur Autopsie gekommenen Fällen als Ursache der Störung sich Herde im Schläfehinterhauptslappen ergeben haben. Gleichwohl möchte ich nicht unterlassen, hier wenigstens der Vermutung Raum zu geben, dass eventuell auch eine, wenigstens vorwiegend motorische Störung ein recht ähnliches Bild wird zu Stande kommen lassen können; ich sehe hier natürlich ab von der absoluten Hilflosigkeit, die sich als Folge einer doppelseitigen, eventuell noch mit motorischer Aphasie einhergehenden schweren Hemiplegie ergeben müsste; ich möchte aber an einen Zustand erinnern, den Meynert [2]) als „motorische Asymbolie der oberen Extremitäten" beschreibt; denken wir uns die corticale Encephalomalacie, die Meynert als Ursache dieser Störung im Projektionsfelde der oberen Extremitäten fand, auf die Projektionsfelder der gesamten willkürlichen Muskulatur ausgedehnt, so müsste nach Meynert, ohne das eine Lähmung sens. strict. vorhanden wäre, als Summationserscheinung eine absolute Unfähigkeit zum Gebrauch und — eine Mitbeteiligung der Broca'schen Stelle vorangesetzt — auch zum Benennen vorgelegter Objekte resultieren; eine unmittelbare Störung auf sensorischem Gebiete würde allerdings auch in diesem Zustande enthalten sein, soferne ja die erwähnten Rindengebiete gleichzeitig als Projektionsfelder der Tastvorstellungen funktionieren, die also in dem angenommenen Falle gleichfalls ausfallen müssten; wichtig erscheint nur die Erwägung, dass wir eventuell von der

[1]) l. c.

[2]) Klin. Vorlesungen über Psychiatrie S. 272.

richtig erfolgenden Erkennung der Dinge keine Kunde mehr erhalten, wenn der motorische Apparat, der allein uns diese Kunde vermitteln kann, ungenügend funktioniert.

Ein entsprechender Fall mit grobem anatomischem Befund steht mir nicht zur Verfügung; doch möchte ich darauf hinweisen, dass bei Paralytikern bisweilen, namentlich im Anschluss an paralytische Anfälle, Zustände von Hilflosigkeit auftreten, die man am ehesten als allgemeine motorische Asymbolie wird bezeichnen können, dass ferner eine bis auf die elementarsten Bewegungsäusserungen (Stehen, Gehen, Schlucken etc.) sich erstreckende motorische Hilflosigkeit bei gewissen Formen von Psychosen, (Wernicke's Motilitätspsychosen) keineswegs zu den Seltenheiten gehört. In beiden Fällen dürfen wir wohl als Ursache der Erscheinung eine, wenn auch nicht ausschliessliche, so doch vorwiegende Schädigung der motorischen Rindenfelder postulieren; nur andeuten möchte ich hier die Analogien der gedachten Erscheinung mit der „Pseudobulbärparalyse", gleichfalls einer Summationserscheinung doppelseitiger Hirnrindenerkrankung.

Der eben erwähnten Form der motorischen Asymbolie wären nun die Fälle sensorischer Asymbolie gegenüberzustellen, bei denen die primäre Störung in der Unfähigkeit, Objekte zu erkennen besteht, während die Unfähigkeit, sie richtig zu gebrauchen erst sekundär ist; diese Fälle sollen im Folgenden schlechthin als Asymbolie bezeichnet werden. Grob schematisch lässt sich die Asymbolie als Summation einer Mehrheit von Ausfallssymptomen, entsprechend den Projektionsfeldern der einzelnen Sinnesbahnen, auffassen; die Asymbolie würde sich demnach zusammensetzen aus einem optischen, taktilen, akustischen, olfaktorischen und gustatorischen Anteil. Von diesen haben der optische Anteil als Seelenblindheit, der taktile als Tastlähmung eine ausführliche Darstellung im Sinne der Lokalisationslehre bereits durch Lissauer [1]) und Wernicke [2]) gefunden; Geschmack und Geruch spielen für die höheren Leistungen des Menschen eine so untergeordnete Rolle, dass Störungen auf diesen Gebieten, also die Unfähigkeit, Objekte nach Geruch und Geschmack zu erkennen, keine sehr erheblichen Störungen machen

---

[1]) Seelenblindheit, Arch. für Psych. Bd. XXI., H. 1.

[2]) Tastlähmung, Arbeiten aus der psych. Klin. Bd. II.

dürften; ich sehe deshalb von einer ausführlichen Würdigung dieser Störungen ab. [1])

Dagegen verdiente das akustische Teilsymptom der Asymbolie eine etwas eingehendere Würdigung. Als Projektionsfelder des Acusticus kennen wir die Rinde des Schläfenlappens; eine doppelseitige totale Zerstörung derselben wird zur centralen Taubheit führen, wie sie in einzelnen Fällen (Banks, Wernicke und Friedländer, Serieux, Shaw, Mills, Pick) als Folge doppelseitiger Schläfelappenerkrankung auch nachgewiesen wurde; hingegen wird eine Schädigung die die akustischen Projektionsfelder nicht in ihrer Totalität ergreift, nicht zur totalen Taubheit, sondern zu dem geringeren Grade der Funktionsstörung führen, eben zu dem akustischen Teilsymptom der Asymbolie, für das wir vielleicht zweckentsprechend den Namen der „Seelentaubheit" reservieren würden; der Kranke würde eventuell den Ton eines musikalischen Instrumentes, das Klappern mit Geldstücken, das Klingen eines Glases hören, aber die einzelnen Komponenten dieser „Laute" würden sich ihm infolge der Störung der intrakortikalen Thätigkeit des Hörzentrums nicht in der Weise zusammenordnen, die eine auch nur primäre Identifikation ermöglichen würde, ganz abgesehen von der auf weiteren transcorticalen Bahnen sich etwa vollziehenden sekundären Wiedererkennung. Die Verhältnisse liegen hier ganz analog wie bei den kortikalen Formen der Tastlähmung und der Seelenblindheit, von denen namentlich die letztere durch Lissauer eine eingehende Besprechung und Begründung gefunden hat. Bemerken möchte ich noch, dass diese Seelentaubheit in dem eben definierten Sinne wenn sie cortical bedingt ist, wohl ausnahmslos zugleich mit corticaler sen-

[1]) Ausnahmen bilden einzelne Individuen, bei denen z. B. der Geruchssinn thatsächlich auch für höhere Funktionen mit in Anspruch genommen wird; ein Chemiker, der erlernt hat, chemische Produkte riechend zu erkennen und zu unterscheiden, würde durch den Verlust dieser Fähigkeit jedenfalls schwer geschädigt; noch folgenschwerer würde eine derartige Schädigung sich bei den „Riechtieren" gestalten oder auch nur bei solchen, deren Ausbildung wesentlich auf der Verwertung von Geruchseindrücken basiert; ein Jagdhund z. B., der durch eine Affektion seiner Riechrinde die Verwertung seiner Geruchseindrücke verloren hätte, wäre wohl relativ ebensoschwer geschädigt wie ein Mensch, der durch eine doppelseitige Hinterhauptsaffektion seelenblind geworden ist. Die Zahl derartiger Beispiele liesse sich unschwer vermehren; die daraus sich ergebenden Folgerungen betreffs der Frage nach dem „Sitze der Intelligenz" brauche ich hier nicht zu ziehen.

sorischer Aphasie auftreten wird, und dass man auf das Symptom der Seelentaubheit besonders dann wird fahnden dürfen, wenn bei einem Kranken eine sensorische Aphasie aufgetreten ist, sich wieder restituirt hat und nach einiger Zeit wieder, dann aber in irreparabler Weise sich eingestellt hat; es ist bekannt, dass in derartigen Fällen die erste ausgleichbare Schädigung der Laesion des linken Temporallappens, die zweite unausgeglichene der Laesion des rechten zunächst vikarierend eingetretenen zur Last fällt.

Bedenkt man die Grösse des Territorimus, dessen Laesion nach dem Vorgesagten das Zustandekommen einer asymbolischen Störung bedingen würde, so sollte man annehmen, dass Fälle von Asymbolie ganz ausserordentlich selten sein müssten: Auf alle Fälle wäre eine Laesion beider Hemisphären anzunehmen; denn die Erinnerungsbilder sind doppelseitig deponiert und der Ausfall selbst sämtlicher Erinnerungsbilder einer Hemisphäre wird ebensowenig zur Asymbolie führen, als die alleinige Zerstörung eines Hinterhauptslappens zur Seelenblindheit führen kann; in jeder Hemisphäre wären dann, selbst mit Ausserachtlassung der Centren für Geruch und Geschmack, als ausgeschaltet anzunehmen: beträchtliche Teile des Occipitallappens, des Schläfelappens und endlich zum mindesten die als Centra der Arme resp. Hände und somit als Hauptcentren der Tastfunktion fungierenden mittleren Drittel der beiderseitigen Centralwindungen. Thatsächlich aber sind die Fälle von Asymbolie nicht so überaus selten; wir sehen ferner an unseren beiden zur Obduktion gekommenen Fällen, dass die Ausdehnung der Laesion geringer ist, als wir auf Grund unserer eben angestellten Erwägung annehmen zu müssen glaubten.

In beiden anatomisch untersuchten Fällen ergaben sich als Ursache der schweren klinischen Symptome relativ circumscripte Herde im Schläfe-Occipitallappen, die nur das akustische Zentrum sehr erheblich, das optische nur, so weit es nach Wernicke und Sachs für die optischen Bewegungsvorstellungen in Betracht kommt, geschädigt hatten; nur im dritten Falle war das Rindencentrum des rechten Armes lädiert; das Centrum für den linken Arm war intakt; in Fall II erwies die Sektion das Gebiet der Centralwindungen intakt; auch der Kranke I, der sich noch in unserer Behandlung befindet, bietet keine Symptome, die auf eine Zerstörung dieser Gegend schliessen lassen.

Wenn trotzdem Symptome auftraten, die auf eine viel um-

fassendere Laesion schliessen liessen, so werden wir dafür die Schädigung tiefer liegender Partien, die Markmasse, verantwortlich zu machen haben. Mit der Erregung des primären Projektionsfeldes ist nur das physiologische Korrelat der primären Identifikation gegeben; das blosse Erblicken eines Objektes wäre etwa dem blossen „Hören“ eines unverstandenen Wortes gleich zu setzen. Zum wirklichen Erkennen bedarf es der Erregung weiterer Teilerinnerungsbilder in anderen Projektionsfeldern, und diese Erregung geschieht auf dem Wege der in der Markmasse verlaufenden Associationsbahnen. Gerade an der Stelle aber, die wir in beiden obducierten Fällen lädiert gefunden haben, sind wichtige associative Leitungsbahnen der Gefahr der Schädigung ausgesetzt; ein nach innen dringender Herd muss hier den wichtigen optisch-akustischen Faserzug, das untere Längsbündel treffen. Analog der von Lissauer aufgestellten associativen oder transcorticalen Seelenblindheit könnte man also auch von einer transcorticalen Asymbolie sprechen; nur wird es bei dem complicirten Bilde der Asymbolie noch viel schwerer fallen, als bei dem relativ einfachen der Seelenblindheit, corticale und transcorticale Bestandteile der Störung auseinander zu halten.

Einen Hinweis auf die corticale Schädigung werden wir nur aus dem Bestehen für einzelne Regionen characteristischer Herdsymptome im Gesamtbilde empfangen. Eine Laesion des eigentlichen Sehcentrums werden wir aus dem Bestehen homonymer Hemiopie oder nachweisbarer grösserer homonymer Gesichtsfelddefecte diagnosticieren dürfen, mit der Beschränkung allerdings, dass dieser Defect ebensowohl auch durch eine Unterbrechung der subcorticalen Sehbahn entstehen kann, die begreiflicherweise zum Entstehen der Seelenblindheit keine Beziehung haben wird; denn die optischen Erinnerungsbilder der Occipitalrinde stehen der associativen Miterregung und Verwertung auch dann noch zu Gebote, wenn die Rinde dem directen von der Peripherie anlangenden Reize nicht mehr zugängig ist; sichere Herdsymptome für den rechten Schläfelappen sind bei Rechtshändern nicht bekannt; die Herabsetzung des Hörvermögens ist bis jetzt ein zu vieldeutiges Symptom, um als herddiagnostisches Hilfsmittel gelten zu können, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, das Hörvermögen Asymbolischer überhaupt genauer festzustellen. Auf einen Herd im linken Schläfelappen werden wir schliessen dürfen, wenn die Untersuchung sichere Symptome sen-

sorischer Aphasie ergibt, oder wenn uns wenigstens die Anamnese ergibt, dass der Kranke nach einem Anfall einige Zeit „kein Wort mehr verstanden hat", ein Symptom, das auch der Laie nicht zu übersehen pflegt; späterhin kann sich sogar beim Asymbolischen, wie unser Fall I zeigt, ein gewisses Sprachverständnis wieder einstellen. Auf eine direkte Laesion der für das Tastvermögen in Frage kommenden Partien der Centralwindungen endlich werden wir nur dann schliessen können, wenn wir auch auf die gleiche Gehirnstelle zu beziehende anderweitige Ausfallssymptome, etwa in der Form der Monoplegia brachialis festgestellt haben.

Uebrigens beweisen die Fälle I und II dass die Verwertung taktiler Eindrücke auch bei völligem Erhaltensein der betreffenden Projektionsfelder fast aufgehoben sein kann; dies muss um so auffallender sein, als ja in den Centralwindungen sensorische und motorische Centralorgane dicht zusammenliegen, so dass man also eine direkte ungehinderte Uebertragung von den sensorischen nach den motorischen Apparaten innerhalb der ungeschädigten Windung erwarten sollte. Zur Erklärung dürfte in Betracht zu ziehen sein, dass das Tastvermögen beim erwachsenen Menschen viel weniger zu selbstständiger Thätigkeit Verwendung findet als Gehör und Gesicht; die Eindrücke, die wir durch Tasten empfangen haben, werden zumeist wohl unverzüglich auf dem Wege der Association in die zugehörigen akustischen und optischen Erinnerungen umgesetzt, und erst unter Mithilfe dieser Erinnerungen erfolgen die entsprechenden Reaktionen; wer tastend im Finstern eine Treppe steigt, regelt die Schritte sicher nicht ausschliesslich nach den Tasteindrücken, sondern zumeist indirekt nach dem optischen Bilde der Situation, das er sich auf Grund der Tasteindrücke auf associativem Wege schafft. Anders dürfte es sich mit gewissen sehr lange und gleichmässig geübten manuellen Fertigkeiten verhalten, die nicht nur ohne die äussere Kontrolle anderer Sinne, sondern auch wahrscheinlich ohne associative Miterregung anderer Sinnescentren erfolgen; es erscheint mir sehr wahrscheinlich, dass etwa eine alte Inquilinin, die jahrelang sich mit Stricken beschäftigt hat, auch mit einem doppelseitigen Schläfen-Hinterhauptsherde, der sie asymbolisch gemacht hat, zum mindesten wird Maschen stricken können, sobald ihr das Material entsprechend in die Hand gedrückt wird; diese langgeübte Thätigkeit kann eventuell „automatisch" bloss vom Arm- und Handzentrum aus vermittelt werden. In dieser Beziehung scheint

es recht beachtenswert, dass die beiden Kranken, die überhaupt zu komplizierteren Reaktionen zu veranlassen waren, zwar grosse Schwierigkeiten hatten, eine Zigarre anzurauchen, dass aber beide die einmal angerauchte Zigarre während der übrigen Untersuchung mit grosser Geschicklichkeit, wie in den Journalen besonders bemerkt ist, zwischen zweitem und drittem Finger festhielten und zum Munde führten; dies stellt im Verhältnis zur sonstigen Ungeschicklichkeit eine recht erhebliche Leistung dar; sie wird aber verständlich, wenn man bedenkt, wie automatisch ein geübter Raucher selbst während der kompliziertesten sonstigen Leistungen seine Zigarre handhabt; auch hier dürfte der Tasteindruck allein zuletzt genügen, den ganzen einmal erlernten und dann unzähligemale geübten Bewegungskomplex immer wieder auszulösen.

Nur ganz kurz erwähnen möchte ich die Beziehungen der asymbolischen Störungen zu den aphasischen; ich brauche kaum zu betonen, dass ein prinzipieller Unterschied zwischen beiden Kategorien nicht besteht, dass die gesonderte Benennung und Behandlung der Aphasie entsprechend der grösseren Häufigkeit und dem hervorragenden Interesse, das diese Fälle bieten, nur einem praktischen Bedürfnis entspricht, wie ja auch thatsächlich Übergangsformen (optische Aphasie) existiren, über deren Zugehörigkeit zur einen oder anderen Gruppe sich streiten lässt. Keiner weiteren Ausführung bedarf ferner die Behauptung, dass aphasische Störungen im Bilde der Asymbolie nie fehlen können; wo die Erinnerungsbilder der Begriffe in weitem Umfange zerstört sind, kann auch Sprachverständnis und sprachlicher Ausdruck nicht intact bleiben. Immerhin können die aphasischen Störungen auch innerhalb des asymbolischen Gesammtkomplexes mehr oder weniger hervortreten und sich bald mehr dem einen, bald mehr dem andern der bekannten Typen nähern, wie unsere 3 Fälle lehren. Fall III entspricht dem Bilde der totalen Aphasie, gänzlich erloschenes Sprachvermögen und Sprachverständnis; Fall II zeigt im wesentlichen den Typus der sensorischen Aphasie Wernickes: Aufgehobenes Sprachverständnis, ungehindertes motorisches Sprachvermögen, hochgradige Paraphasie; die kompliziertesten Verhältnisse bietet Fall I; von Anfang an bestand weder eine vollständige motorische, noch eine vollständige sensorische Aphasie; Pat. verstand etwas, sprach mit relativ reichem Wortschatz, aber paraphasisch; sehr in die Augen fallend war die hochgradige Er-

schwerung des Nachsprechens, eine Erscheinung, die nach Wernicke zur Annahme einer „Leitungsaphasie“ berechtigen würde; doch ist damit die Gesammtheit der aphasischen Symptome jedenfalls nicht erschöpft; ein erheblicher Teil derselben kommt wohl auf Rechnung der Unterbrechung weiterer transcorticaler Faserzüge zum motorischen wie sensorischen Sprachgebiet. Ohne auf Détails einzugehen, möchte ich hier nur auf ein recht auffälliges Verhältnis hinweisen: Pat. konnte schon sehr bald etwas lesen, er hat in dieser Hinsicht auch einige Fortschritte gemacht, während die Fähigkeit, zu schreiben dauernd ganz minimal blieb; er verstand anderseits sehr bald, einzelne gezeigte Gegenstände zu benennen, während seine Fähigkeit, die gleichen Gegenstände richtig zu gebrauchen, erheblich dahinter zurückblieb. Das Lesen ebensowie das Benennen von vorgezeigten Gegenständen hat das Erhaltensein einer erheblichen Summe von optischen Erinnerungsbildern zur Voraussetzung; wenn trotzdem und trotz des Fehlens von motorischen Lähmungserscheinungen das Schreiben und der Gebrauch der gezeigten Gegenstände um so viel mehr beeinträchtigt sind, so kann dies, glaube ich, nur dadurch bedingt sein, dass die Schädigung der Associationsfaserung von den sensorischen insbesondere optischen Regionen aus nach der Gegend der Armcentra erheblich grösser ist, als von der sensorischen Region nach den basaler liegenden Centren der Sprachbewegungen; an der Hand der Notizen über den Fall I lässt sich mit ziemlicher Sicherheit — eben aus dem Fehlen der oben charakterisirten Localsymptome im engeren Sinne — der Schluss ziehen, dass ein sehr erheblicher Ausfall corticaler Substanz kaum zu erwarten ist; die beobachteten Störungen müssen zum grössten Teile der Unterbrechung associativer Fasersysteme zur Last gelegt werden; die obige Ueberlegung lehrt aber, dass wir auch innerhalb dieser Fasersysteme eine gewisse Lokalisation versuchen können.

Zur Vornahme detaillierter Untersuchungen über Gehirnlocalisation sind begreiflicherweise Fälle, wie die hier beschriebenen nicht geeignet; einerseits machen unüberwindliche Schwierigkeiten der Untersuchung — alle komplizierteren Methoden scheitern an der Unmöglichkeit der Verständigung — und die aus noch zu erwähnenden Gründen wechselnden Untersuchungsresultate die Aufnahme eines ganz einwandfreien klinischen Status unmöglich, andererseits aber lassen derartige Fälle jene Circumscriptheit der Erscheinungen ver-

missen, die allein es erlaubt, eine bestimmte circumscripte Laesion als Ursache eines ebenso genau zu praecisierenden klinischen Symptomes zu bezeichnen.

Dagegen hoffe ich durch die vorstehende Darstellung eines erwiesen zu haben, dass nämlich aus einer umschriebenen Erkrankung des Gehirns, die in jeder Hemisphaere je ein nicht einmal sehr beträchtliches Segment zerstört hat, ein Zustand resultieren kann, der die psychische Leistungsfähigkeit auf das Niveau des allertiefsten Blödsinnes herunterdrückt. In zweien der geschilderten Fälle ist dieser Nachweis an der Hand des Sektionsbefundes gelungen; ein, wenn auch etwas modifizierter, so doch im wesentlichen übereinstimmender Befund dürfte auch für den dritten Fall zu erwarten sein. Ich glaube hier einen Punkt nochmal besonders betonen zu müssen, den ich schon in der ganzen vorigen Darstellung möglichst zu veranschaulichen suchte: die Ausfallssymptome bei der Asymbolie sind hinreichend und ausschliesslich zu erklären durch den sichtbaren Ausfall funktionierender Gehirnsubstanz, wenn man sich nur vor Augen hält, dass Herde wie die oben beschriebenen nicht nur Hirnrinde, sondern auch eine Reihe der wichtigsten Faserzüge des Gehirns zerstören müssen; in diesem letzteren Sinne mag man von einer Fernwirkung sprechen; dagegen, glaube ich, wird es nicht nötig sein, zur Erklärung der Erscheinungen der Asymbolie in unseren Fällen mechanische Fernwirkungen (Oedem etc.) heranzuziehen, wie es von Pick[1]) in einem ähnlichen Falle geschehen ist; dass derartige mechanische Fernwirkungen eintreten können und sich je nachdem als Benommenheit, als vorübergehende Paresen, Hemiopie etc. äussern können, ist ja wohl ausser Zweifel; der asymbolische Defekt in unseren Fällen aber, das sei nochmals betont, lässt sich ausschliesslich aus dem definitiven Ausfall von Gehirnsubstanz erklären. Noch weniger als derartiger mechanischer Fernwirkungen werden wir zur Erklärung der asymbolischen Erscheinungen der Annahme bedürfen, dass die Funktion eines irgendwie superponierten Zentrums geschädigt wäre; bezüglich der Notwendigkeit und Berechtigung, ein derartiges „ideagenes Zentrum" in das Schema für die Erklärung der asymbolischen Symptome einzufügen, sei es mir gestattet, auf das Urteil Meynert's[2]) zu verweisen.

---

[1]) Arch. f. Psych. Bd. XXIII, S. 902 ff.

[2]) Klin. Vorlesungen über Psychiatrie S. 270.

Eine Frage kann ich hier nicht unberührt lassen, wenn ich mir auch versagen muss, sie so eingehend zu behandeln, wie sie es wegen ihrer prinzipiellen Wichtigkeit verdiente: die Frage nach dem Verhältnis der Asymbolie zur Demenz im gewöhnlichen Sinne dieses Wortes. Zweifellos sind Bilder, wie die vorstehend geschilderten, recht verschieden von dem Bilde, das uns verblödete Kranke zu bieten pflegen; auch den tiefst verblödeten Kranken — ich beschränke mich absichtlich auf die Berücksichtigung der erworbenen Defektzustände — macht zumeist die Erkennung und der Gebrauch einfacher Gegenstände keine Schwierigkeiten. Immerhin muss ich hier eine Erfahrung der hiesigen Klinik betonen, die sonst wohl nicht genügend gewürdigt wird; man findet unter den tiefverblödeten Kranken nicht allzuselten solche, die thatsächlich asymbolische Erscheinungen darbieten; in der Zeit des zunehmenden Verfalles hat man sich freilich daran gewöhnt, auf jede Mithilfe der Kranken bei der Besorgung auch der einfachsten Bedürfnisse zu verzichten, sie zu waschen, zu füttern u. s. w., und dabei wird der bestehende Defekt nicht offenkundig. Versucht man aber derartige Kranke zur Benutzung auch nur der einfachsten Gegenstände zu veranlassen, so zeigt sich nicht allzuselten, dass sie dafür nicht mehr Verständnis offenbaren als die beschriebenen „Asymboliker"; derartige Kranke sind nicht selten trotz erhaltener motorischer Geschicklichkeit unfähig, den sichtlich frierenden Körper mit der danebenliegenden Decke zu bedecken, sie verstehen trotz ihres sonst ungestörten Appetites nicht, die gereichten Nahrungsmittel zum Munde zu führen, oder sie schnappen anderseits — eine recht häufig zu beobachtende Reaktion — nach dem vorgehaltenen Finger des Arztes; in manchen derartigen Fällen fällt zumeist das geringe Interesse auf, das die Kranken äusseren, auch recht aufdringlich sich darbietenden Reizen entgegenzubringen scheinen; man wird hier mit Recht annehmen dürfen, dass die Eindrücke unverstanden bleiben und dass eben aus diesem Grunde nicht darauf reagiert wird; ganz die gleiche Erscheinung, das scheinbar mangelnde Interesse äusseren Eindrücken gegenüber, bot ja auch der dritte, am schwersten afficierte unserer 3 Kranken. Es zeigt sich also, dass die klinischen Erscheinungen der tiefsten Demenz und der schwersten Asymbolie sich decken. Wir werden zu dem Schlusse berechtigt sein, dass die Asymbolie wie die Demenz auf dem gleichen Prozess, auf dem Zugrundegehen von Gehirnsubstanz be-

ruhen, das sich bei der Asymbolie durch die nachgewiesenen Herde, bei der hochgradigen Demenz in sinnfälligster Weise durch die Abnahme des Gehirngewichtes anatomisch kundgibt; ein prinzipieller Unterschied zwischen Asymbolie und Demenz ist demnach nicht zuzugeben; die Asymbolie, wie wir sie vorher an Beispielen kennen gelernt haben, stellt höchstens eine durch das deutliche Hervortreten der herdartigen Symptome charakterisierte spezielle Form der Demenz dar, der sich auch die anderen Formen um so mehr nähern werden, je weiter der Ausfallsprozess fortschreitet.

Die klinische Erfahrung lehrt bis jetzt, dass in den Fällen wirklicher Verblödung, d. h. in all' den Fällen, in denen eine nachweisliche definitive Einbusse an geistigem Besitz gegenüber dem gesunden Zustand, ein wirklicher Defekt sich entwickelt, der Zerfall stets von den kompliziertesten zu den einfacheren Erinnerungsbildern im weitesten Sinne fortschreitet; in der grossen Mehrzahl der Fälle macht der Prozess Halt, bevor jene einfachsten Erinnerungsbilder getilgt oder in ihrem Zusammenhange gelöst worden sind, deren Zugrundegehen sich unter dem Bilde der Asymbolie darstellt; wir werden nicht fehlgehen mit der Annahme, dass die Träger dieser einfachsten Erinnerungsbilder eine höhere Resistenz gegen Schädlichkeiten zeigen; es ist auch wohl kein Zufall, dass alle die Kranken, bei denen wir das Bild einer asymbolischen Demenz, — so könnte man die Fälle vielleicht bezeichnen, in denen sich die Demenz bis zum Auftreten asymbolischer Erscheinungen gesteigert hat, — nachweisen konnten, an Prozessen litten, die den organischen Erkrankungen des Gehirnes viel näher stehen als den eventuell auch zur Verblödung führenden Psychosen im engeren Sinne. Das Hauptkontingent stellen Paralysen, unter diesen wieder vorwiegend die den Herderkrankungen des Gehirns klinisch und anatomisch am nächsten stehenden Fälle mit paralytischen Anfällen; in zweiter Reihe figurieren die senilen Formen; beide, verhältnismässig grobe Prozesse, setzen die Schädigung nicht so sehr mit funktioneller Auswahl, als mit grob lokalisatorischen Unterschieden; in beiden geht zudem die Schädigung wie schon die Gehirngewichte lehren, weiter als bei anderen Formen der Demenz[1]). Dass im Verlaufe eines anderweitigen psychotischen

[1]) Im Paralytikergehirn sind die zunächst nur theoretisch supponierten Herde bekanntlich zuerst von Lissauer thatsächlich nachgewiesen werden; es erscheint mir

Prozesses sich asymbolische Störungen als dauernder Zustand einstellen, dass also eine asymbolische Demenz daraus resultiert, ist zwar selten, kommt aber doch vor. Der einzige, allerdings sehr praegnante Fall derart, den wir hier beobachten konnten[1]), gehörte zur Gruppe der Motilitätspsychosen, sicher kein Zufall; denn gerade diese Gruppe steht an deletärer Wirkung der Paralyse am nächsten, so nahe, dass im akuten Stadium und oft noch lange nach Ablauf desselben der klinischen Differentialdiagnose die grössten Schwierigkeiten zu erwachsen pflegen.

Die Frage nach einer Differentialdiagnose zwischen Asymbolie und Demenz muss nach dem Obengesagten als müssig bezeichnet werden; dagegen ist die Frage berechtigt, wann wir asymbolische Symptome als das Endresultat eines progressiven Degenerationsprozesses, wann als Folge der typischen doppelseitigen Herderkrankung im Hinterhaupt-Schläfelappen werden ansehen dürfen. An der Hand der Anamnese wird die Entscheidung natürlich für den groben Herd lauten müssen, wenn der Zustand akut, unter den Symptomen des allen Ärzten vertrauten Schlaganfalles aufgetreten ist; eine Einschränkung wäre vielleicht deshalb geboten, weil der „Schlaganfall" auch ein paralytischer Anfall gewesen sein kann; die Schwierigkeit der Diagnose verringert sich aber, weil erfahrungsgemäss das Zurückbleiben dauernder Herdsymptome nach einem einmaligen paralytischen Anfall zu den grössten Seltenheiten gehört; zumeist sind diese erst das Resultat wiederholter Attaquen auf dem gleichen Gebiet[2]).

---

sicher, dass eine genaue Durchforschung der allerdings, wie ich erwähnen muss, seltenen Gehirne seniler Individuen, die bei Lebzeiten asymbolische Symptome darboten, beim Fehlen makroskopischer Herde entsprechende circumscripte hochgradige Degenerationsprozesse ergeben würde; die Veränderungen dürften vielleicht denen am nächsten stehen, die Binswanger (Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 52, S. 507 ff.) als „Encephalitis subcorticalis chronica progressiva" zusammenfasst; auch die acteriosclerotische Hirndegeneration und die neuerdings von Alzheimer beschriebene perivasculäre Gliosis können möglicherweise die Grundlage der beschriebenen „senilen asymbolischen Demenz" bilden.

[1]) cf. Heft I dieser Sammlung.

[2]) Diese Überlegung ist es auch, die mir in unserem Falle I gegen die Annahme der Paralyse zu sprechen scheint, die ja besonders nahe liegt, nachdem sich (cf. Seite 22) nun auch Symptome einer Hinterstrangaffektion gezeigt haben. Ganz ausschliessen lässt sich trotzdem die Annahme nicht, dass es sich um einen der von

Fehlt die Anamnese, so wird immer noch der Nachweis circumscripter Herdsymptome, vor allem von Hemiopie, wie oben erwähnt, den Schluss auf eine lokalisierte Erkrankung im engeren Sinne zulassen; die Symptome sensorischer Aphasie sind schon weniger verwertbar; wir hatten jahrelang eine Patientin in Behandlung, die während ihres Aufenthaltes in der Klinik asymbolisch geworden war, das Sprachverständnis eingebüsst hatte und total paraphasisch sprach, ohne dass ein Schlaganfall eingetreten wäre, und bei der die Symptome sich vor unseren Augen allmälig entwickelt hatten. Bei der Sektion der erst kürzlich verstorbenen Patientin ergab sich eine hochgradige Atrophie des Gehirns, aber kein makroskopischer Herd [1]).

Die Art und Weise, wie der Kranke auf den Defekt gewissermassen reagirt, sich mit ihm abfindet, ihn je nachdem zu verdecken oder auszugleichen sucht, kann gelegentlich weitere Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose geben. Das typische Unbehagen, die Ratlosigkeit des Asymbolikers wird sich nur bei dem plötzlich Erkrankten finden, der von der Störung gewissermassen überrascht wird, nicht bei dem Patienten, bei dem sie das Endprodukt eines vielleicht Jahre dauernden, langsam fortschreitenden Prozesses darstellt. Immerhin wird man, worauf ich schon bei der Schilderung des ersten Falles hingewiesen habe, daran denken müssen, dass die akute Schädigung ein schon an sich nicht intaktes Gehirn treffen kann, sodass die sonst zu erwartende Reaktion ausbleibt; man wird ferner daran denken müssen, dass auch hier eine gewisse Gewöhnung eintritt, dass der Affekt, den die unerwartet einsetzende Veränderung auslöste, verblasst, und man wird sich ferner gegenwärtig halten müssen, dass im Anschluss an die lokale Schädigung, die zunächst das reine Bild der Asymbolie bedingt hat, jedenfalls weitere

---

Lissauer gewürdigten Fälle „abnorm lokalisierter" Paralyse handelt; ich brauche nach dem oben Gesagten kaum zu erwähnen, dass die klinischen Symptome, auch wenn sich die Annahme einer Paralyse als richtig erweisen sollte, ihren Wert behalten.

[1]) Die erst nach Abschluss dieser Arbeit vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab bis jetzt im linken Schläfelappen mächtige, fleckweise angeordnete und schon makroskopisch als blaue Flecke erkennbare Gliawucherungen, mit sehr grossen Spinnenzellen, ein Bild, das im Wesentlichen mit dem von Alzheimer (Z. Schr. f. Psych. 53 S. 864) geschilderten übereinstimmen dürfte, wenn ich mich auch von der ausschliesslich perivasculären Anordnung der Herde an meinen Praeparaten bis jetzt nicht überzeugen konnte. (Anmerkung bei der Correctur.)

Degenerationsprozesse eintreten, die neben den als solchen weiterbestehenden asymbolischen Erscheinungen in späteren Stadien ebenso zu einem weitergehenden Defektzustande führen können, wie jede Apoplexie an indifferentem Orte zu einer postapoplektischen Demenz führen kann. Vielleicht geben uns spätere Untersuchungen die Mittel an die Hand, die einzelnen Komponenten des Blödsinns überhaupt festzustellen und damit zur genaueren Differentialdiagnose der verschiedenen Blödsinnsformen zu gelangen; zur Zeit können wir nur das Faktum feststellen, dass, wie unser Fall I zeigt, auch der Asymboliker analog jedem Apoplektiker noch verblöden kann.

Zum Schluss möchte ich noch auf eine Erscheinung etwas ausführlicher eingehen, die zwar auch bei anderen Herderkrankungen recht häufig zu beobachten ist, für deren Deutung aber gerade die Fälle von Asymbolie mir am geeignetsten zu sein scheinen, auf die „falschen" Reaktionen auf äussere Eindrücke.

Die Versuchsanordnung bei der Untersuchung der asymbolischen Erscheinungen wählen wir so einfach als möglich; bei jedem einzelnen Versuch gibt es eine Reaktion, die der gesunde Mensch mit allergrösster Wahrscheinlichkeit ausführen wird, und die wir als die „richtige" zu bezeichnen pflegen; wir können also von allen komplizierteren Vorgängen, die als Wahl, freier Wille etc. sich bei anderen Aktionen geltend machen, absehen und die einzelne untersuchte Reaktion rein unter dem Gesichtspunkte eines Gehirnreflexes betrachten; wir kennen auf der einen Seite die sensiblen — vom Objekt ausgehenden — Reize, auf der anderen den motorischen Complex, der auf Grund immer wiederholter Übung mit dem sensorischen Erinnerungsbilde assoziiert ist; wir wissen demnach, welcher motorische Effekt bei ungestörtem Mechanismus einem bestimmten sensiblen Eindrucke, etwa dem Zeigen eines bekannten Gebrauchsgegenstandes folgen wird; (die Verhältnisse liegen bei der Untersuchung auf Asymbolie noch einfacher als bei solchen auf Aphasie, wo die noch nicht endgiltig gelöste Frage, wie weit sich bei allen sprachlichen Leistungen das sensorische Sprachcentrum zu beteiligen hat, der Auffassung der Erscheinungen als einfacher reflektorischer einige Schwierigkeiten macht).

Die einfachste Form der Störung des besprochenen Gehirnreflexes habe ich schon erwähnt: dass eine Unterbrechung der Reflexbahn den Reflex ausbleiben lässt, bedarf keines Beweises; nur möchte ich

darauf hinweisen, dass an diese einfachste und nächstliegende Erklärung für die scheinbare Interesselosigkeit derartiger Kranker gegenüber den Untersuchungen wohl nicht immer gedacht wird.

Ein totales Ausbleiben des Reflexes, d. h. das Fehlen jeder Reaktion wird aber nur dann erfolgen müssen, wenn die Reflexbahn total, gleichgiltig an welcher Stelle des Bogens, durchtrennt ist, wenn die ankommende Erregung an irgend einer Stelle keine Bahn mehr findet, auf der sie bis zum motorischen Endpunkte weiterschreiten kann; in anderen Fällen dürfen wir wohl annehmen, dass das Gesetz, das in einfachster Form Rieger[1]) für die einfachen Reflexe aufgestellt hat, auch für die immerhin komplizierteren Gehirnreflexe gilt, dass nämlich „Innervationsvorgänge, die aus irgend einem Grunde nicht zu ihrem Ziele gelangen und nicht zum Ausdruck kommen können, andere Bahnen einschlagen, auf denen dies möglich ist.“ Man darf vielleicht etwas weitergehen und annehmen, dass auch Innervationsvorgänge, die auf dem „normalen“ Wege weiterschreiten könnten, dann die erwähnten Nebenwege einschlagen, wenn ihnen auf diesen aussergewöhnlich geringe Widerstände begegnen.

Unter diesem Gesichtspunkte möchte ich vor allem nun ein Symptom betrachten, das uns bei allen 3 Kranken in gewissem Grade, am meisten bei dem erstbeschriebenen entgegentritt, dass nämlich der Kranke beim Vorzeigen etc. eines Gegenstandes so reagiert, wie er es bei einem vorhergehenden richtig gethan hat oder hätte thun sollen. Die längst bekannte Erscheinung ist schon früher von Lissauer[2]) eingehender gewürdigt und mit der Bezeichnung „Haftenbleiben“ belegt worden. Pick[3]), der auch frühere Beobachtungen der Erscheinung erwähnt, sah sie in einem Falle so sehr das Gesamtbild beherrschen, dass er sich zur Aufstellung eines eigenen, von der eigentlichen Apraxie (Asymbolie) zu trennenden Bildes der Pseudo-Apraxie veranlasst sah; als Ursache der Erscheinung sah er Ermüdungsvorgänge an.

Gerade unser Fall H. gab mir nun Veranlassung, auf das Symptom des Haftenbleibens auch in anderen Fällen zu achten, und ich habe dasselbe seitdem sehr vielfach bei den verschiedensten For-

---

[1]) Arch. f. Psych. XIII, S. 449.
[2]) Arch. f. Psych. XXI, S. 268.
[3]) Arch. f. Psych. XXIII, S. 896.

men von Psychosen [1]) (namentlich bei Motilitätspsychosen) bei Blödsinnigen, bei benommenen Kranken (namentlich im epileptischen Koma) in allen erdenklichen Modifikationen, am allerhäufigsten und typischsten allerdings bei Aphasischen beobachtet; begnügt man sich nicht mit der Konstatierung der Thatsache, dass z. B. paraphasisch gesprochen wird, sondern untersucht man das paraphasisch Gesprochene genauer, so bilden fast ausnahmslos einen ganz erheblichen Bestandteil des paraphasisch Gesprochenen Bruchstücke von vorher Gesprochenem oder Gefragtem. Bei litteraler Paraphasie kann man nicht selten aus einem Worte nach einer Reihe abenteuerlichster Zwischenformen sich ein zweites richtiges entwickeln sehen, wie etwa im Nebelbilderapparate aus einem Bilde heraus ein zweites entsteht; ebenso liefert die verbale Paraphasie Beispiele; eines der charakteristischsten will ich hier anführen. Ein Pat. mit nach kurzem wieder restituierter sensorischer Aphasie bezeichnet in der Zeit der Besserung zunächst ein vorgelegtes Streichholz richtig als „ein Streichhölzl", dann eine Feder als „Streichhölzlfeder", zuletzt als Feder; als Zweck derselben gibt er zunächst an: „zum Streichhölzl" „zum Schreidern", „zum Streischrisse" (eine der erwähnten Übergangsformen, endlich „zum Schreiben". Ähnliche Befunde liessen sich aus fast allen Protokollen von Aphasie-Untersuchungen (auch aus den Schriftstücken „verwirrter" Kranker und aus den Stenogrammen verwirrter Gespräche von solchen) wiedergeben.

Wesentlich scheint mir nun, um bei den hier allein zu besprechenden Herderkrankungen zu bleiben, die ja manchen Rückschluss auf analoge psychotische Erscheinungen zulassen, dass als primäres und wesentliches Symptom in den betreffenden Fällen stets ein Ausfall zu konstatieren war; dass dann von den falschen Wegen, die dem Erregungsvorgange zur Verfügung stehen, gerade die eingeschlagen werden, welche das Symptom des Haftenbleibens zu Stande kommen lassen, scheint mir recht verständlich: der Ablauf eines Erregungsvorganges zwischen zwei nervösen Centren hinterlässt als Residuum eine erleichterte Anspruchsfähigkeit des betreffenden Gebietes; wir werden, gestützt auf die Erfahrungen über das Gedächtnis, das ja

[1]) Auf das Vorkommen des Haftenbleibens bei Geisteskranken hat auch Neisser in der an die Vorstellung des Kranken H. sich anschliessenden Diskussion aufmerksam gemacht; er gebraucht dafür den recht passenden Namen „perseveratorische Reaktion".

auf dem Bestehen derartiger funktioneller Spuren beruht, annehmen dürfen, dass diese Anspruchsfähigkeit desto grösser ist, vor je kürzerer Zeit die betreffende Erregung stattgefunden hat. Nehmen wir nun an, dass nach kurzem eine zweite Erregungswelle anlangt, die auf dem kürzesten Wege (der eben die richtige Reaktion vermitteln würde) nicht an ihr Ziel gelangen kann, so wird sie als leichtest zu durchlaufende Bahn eben die vor kurzem erregte und jetzt im Zustande erhöhter Erregbarkeit befindliche beschreiten. Dass die elementarsten Bestandteile auch scheinbar recht differenter Eindrücke vielfach kongruent sind, mag eine derartige Verwechselung begünstigen können; die reichliche Verästelung des intracorticalen Fasernetzes lässt aber auch den Uebergang auf eine andere Neurongruppe, d. h. auf einen ganz anderen Reflexbogen begreiflich erscheinen; bemerken möchte ich noch, dass ganz die gleiche Überlegung Geltung hat, an welcher Stelle des Reflexbogens auch die Unterbrechung stattgefunden hat. Dass bei der normalen Gehirnthätigkeit das Haftenbleiben sich nicht in gleicher Weise störend geltend macht, wie bei geschädigtem Gehirn, wo es (cf. Fall I) geradezu jede richtige Reaktion nach kurzem unmöglich machen kann, erklärt sich wohl aus der Vielheit der Bahnen, die auch beim Zustandekommen der einfachsten Aktion in Erregung versetzt werden (man bedenke, welche Summe motorischer Nervenfasern bei dem so einfachen Patellarreflex in Aktion treten); bei intaktem Gehirn wird die Zahl derjenigen Bahnen, die bei zwei verschiedenen Reizen übereinstimmend erregt werden, relativ gering sein; nimmt aber durch einen destruktiven Prozess die Zahl der Einzelemente ab, wird die Erregung auf Umwegen, wie wir oben angenommen, geleitet, so wird bald die Zahl der durch frische Erregungsvorgänge besonders leitungsfähig gewordenen Bahnen unverhältnismässig gross werden, und so das Symptom des Haftenbleibens zu Stande kommen; diese Überlegung erklärt auch, warum das Haftenbleiben sich meist erst im weiteren Laufe der Untersuchung, ganz selten schon beim zweiten Versuche einstellt, warum es zuweilen erst nach vielleicht 5 bis 6 Versuchen gar keine richtige Reaktion mehr zu Stande kommen lässt; jeder anlangende Reiz wird eben dann leichter auf den „neugebahnten" Wegen als auf den sonst zur Verfügung stehenden weitergeleitet. In diesem Sinne kann man wohl mit Pick [1])

[1]) l. c.

davon sprechen, dass das Haftenbleiben ein Ermüdungssymptom sei; aber die Ermüdung führt zum Haftenbleiben nur im geschädigten Gehirn; die Reduktion der Zahl funktionierender Elemente ist die ursprüngliche Bedingung für das Haftenbleiben; in dieser Beziehung scheint es mir nicht ohne Interesse, dass auch unter den Psychosen gerade diejenigen am ehesten das Symptom des Haftenbleibens zeigen, welche am deutlichsten anderweitige Zeichen der Assoziationslösung, d. h. Ausfallsymptome, zeigen.

Ganz fremd ist übrigens, was nach den vorstehenden Ausführungen nicht unverständlich erscheinen kann, das Symptom des Haftenbleibens auch dem gesunden Geistesleben nicht; am „Versprechen" und „Verschreiben" hat das Haftenbleiben, wie die Selbstbeobachtung lehren kann, erheblichen Anteil; bezeichnender Weise und ganz übereinstimmend mit den oben entwickelten theoretischen Anschauungen kommt es aber beim Gesunden zum Haftenbleiben nur dann, wenn das zweite — entstellte — Wort, resp. die betreffende Silbe, mit dem ersten, das fälschlich gebraucht wird, eine erheblichere Ähnlichkeit hat.

In einem gewissen Sinne analog den Erscheinungen des Haftenbleibens ist eine zweite Kategorie der Fehlreaktionen; das Prototyp derselben stellt der häufige Versuch der Kranken dar, irgendwelche gereichte Gegenstände zum Munde zu führen und eventuell anzubeissen; in vielen Fällen wird man hier direkt von Haftenbleiben sprechen dürfen, wenn dem Kranken kurz vorher Essbares gereicht worden ist; in anderen Fällen aber, die wohl die Mehrzahl bilden dürften, ist ein derartiger directer Anlass nicht nachweisbar; man wird annehmen dürfen, dass die sensorische Reizung überhaupt genügt hat, eine Reaktion auszulösen, die viel und lange geübt, auf einer grossen Zahl von Bahnen ausgelöst werden kann; die intensive Uebung hat dann die gleiche functionsfördernde Wirkung, die wir in den vorherbesprochenen Fällen dem kürzlich abgelaufenen Erregungsvorgang zugeschrieben haben. Man wird deshalb auch aus der blossen Thatsache, dass ein Kranker etwa Brod zum Munde führt, nicht schliessen dürfen, dass er das Brod als solches erkannt hat. Ebenso wie das Anbeissen der Gegenstände können aber auch andere Reaktionen bevorzugt werden; Gewohnheiten und Beschäftigung in der gesunden Zeit auf der einen, eine beschränkte Menge von Neuerwerb nach Beginn der Krankheit auf der anderen Seite mögen

hier bestimmend wirken. Als Beispiel der ersteren Kategorie darf wohl eine Kranke aufgefasst werden, die auf der tiefsten Stufe des asymbolischen Blödsinns angelangt, ohne Verständnis für Gesprochenes, in ihren sprachlichen Äusserungen zuletzt auf eine einzige Phrase beschränkt, keinen Gegenstand mehr richtig zu gebrauchen wusste, dagegen ausnahmslos alles an die Nase zu führen und zu beschnüffeln pflegte. Hier darf vielleicht an eine bei sensorisch Aphasischen recht häufig zu machende Erfahrung erinnert werden, dass sie nämlich bei jeder ärztlichen Visite, namentlich bei specieller Exploration zunächst auf jede beliebige Frage die Zunge zeigen oder die Hand hochheben, weil ihnen diese Reaktion eben auf Grund eigener Erfahrung und der gelegentlich bei anderen gemachten Beobachtungen geläufig ist. Eine Reihe anderer derartiger „bevorzugter" Reaktionen, z. B. die Neigung unseres II. Kranken zum Liebkosen gereichter Gegenstände würde vielleicht aus einer genauen Kenntnis der Erfahrungen der Kranken in der ersten Zeit des Leidens sich erklären; man wird eine gewisse Analogie dieser bevorzugten Reactionen der Asymbolischen mit den Sprachresten der motorisch Aphasischen nicht verkennen dürfen.

Von besonderem Interesse erscheint die Beobachtung im ersten Falle, wie das Haftenbleiben an einer einmal eingetretenen Reaktion zu einer immer erneuten Wiederholung derselben Aktion, zu einer Art von Stereotypie, führen kann (cfr. das Sammeln der abgebrannten Zündhölzchen unter dem Tische), wie es andererseits auf dem Gebiete der Sprache bei demselben Kranken eine Art von Verbigeration zu stande kommen lässt; nehmen wir dazu das Auftreten der in der Krankengeschichte geschilderten „Pseudoflexibilitas", so ergeben sich recht interessante Erwägungen über das Zustandekommen der katatonischen Symptome bei Geisteskranken, deren Ausführung an diesem Orte ich mir aber versagen muss.

Nicht alle Fehlreactionen erklären sich nach dem im Obigen angebenen Mechanismus; ein Teil bleibt uns unverständlich, weil wir auch bei der besprochenen einfachen Versuchsanordnung nicht alle die Nebenerregungen kennen, die, bei intaktem Gehirn unwirksam, bei eingetretener Schädigung sich mehr geltend machen mögen.

Eine besondere Form der Reaktion, gewissermassen eine Zwischenstufe zwischen der Fehlreaktion und dem völligen Ausbleiben derselben, stellen die Wein- und eventuell auch Lachausbrüche der Kranken

dar, die Elemente der „gemüthlichen Inkontinenz“ der Apoplektiker; es scheint mir bezeichnend, dass diese gemüthliche Inkontinenz sich nie in spontanen Stimmungsschwankungen kundgibt, sondern stets nur als übertriebene Reaktion auf nachweisbare, wenn auch für den Gesunden ganz gleichgiltige, äussere Eindrücke; vielleicht darf man sich ihr Zustandekommen so erklären, dass sie die einfachste sehr früh und intensiv geübte Reaktion auf äussere Reize sind, die noch eintreten kann, wenn die Wege für jede kompliziertere Reaktion zerstört sind, ja die vielleicht auch ohne Mitwirkung der Grosshirnhemisphären als subcorticale Reflexe zustande kommen können.

Möglichst genauen Aufschluss über die Genese der einzelnen Fehlreactionen bei Asymbolischen zu gewinnen, wäre zweifellos eine der interessantesten Aufgaben für weitere Untersuchungen über Asymbolie; sie werden hoffentlich in nicht allzuferner Zeit die unvollständigen Ergebnisse unserer bisherigen Untersuchung nach dieser Richtung ebenso vervollständigen, wie sie über die anatomischen Bedingungen für das Zustandekommen der asymbolischen Erscheinungen noch weiteren Aufschluss zu geben haben. Schon der Schlüsse wegen, die wir, wie ich mehrfach anzudeuten Gelegenheit nahm, aus den Erscheinungen bei Asymbolischen auf gewisse psychotische Symptome zu ziehen Gelegenheit haben, dürfte eine recht eingehende, vor allem klinische Würdigung aller Fälle von Asymbolie gerechtfertigt sein.

Buchdruckerei Maretzke & Martin, Trebnitz in Schles.

Einzelpreis Mk. 1,—. Eine Serie, (15 Hefte) Mk. 11,25.

Ub. IV.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 5.

Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen

von

Dr. med. Heinrich Sachs,

Nervenarzt in Breslau,

Privatdocent an der Universität.

BRESLAU 1897.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Die Entstehung

der Raumvorstellung

aus Sinnesempfindungen

von

Dr. med. Heinrich Sachs,

Nervenarzt in Breslau,

Privatdocent an der Universität.

BRESLAU 1897.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

In allen bisher aufgestellten Raumtheorieen, mögen sie welcher Art immer sein, wird eine besondere Fähigkeit der Seele, Raum vorzustellen, vorausgesetzt. Von den in Betracht kommenden Theorieen nehmen die einen an, dass die Seele den von einem äusseren Reiz getroffenen Punkt der Haut oder Netzhaut unmittelbar als im Raum gelegen vorstelle, und lassen allenfalls eine genauere Ordnung der von Anfang an noch nicht genügend geordneten örtlichen Beziehungen oder eine Korrektur derselben durch die Erfahrung zu. Die anderen Theorieen lassen das ganze Raumbild erst aus der Erfahrung heraus entstehen. Hier werden überall Flächen- und Tiefenwahrnehmung sowohl für den gesehenen, wie für den getasteten Raum gesondert betrachtet. So lässt Lipps die Flächenvorstellung dadurch entstehen, dass benachbarte Haut- oder Netzhautpunkte häufiger durch gleichzeitige und gleichartige, entferntere solche Punkte häufiger durch ungleichzeitige und ungleichartige Reize getroffen werden, und so durch die Erfahrung eine Sonderung (bei stetigem Ineinanderübergehen) der durch die Reizung der einzelnen Punkte entstehenden Wahrnehmungen bezw. Vorstellungen zu Stande kommt. Diese Annahme erklärt zwar die Sonderung der Eindrücke, aber nicht das räumliche Nebeneinander. Für die Tiefe sieht Lipps von der Annahme eines analogen Vorganges ab und nimmt statt dessen zu den aus der Muskelzusammenziehung stammenden Empfindungen (die als Muskelempfindungen schlechtweg bezeichnet werden mögen) seine Zuflucht; also zu denselben Empfindungen, deren Verwertung für die Auffassung der Fläche er entschieden zurückweist. Eine Anzahl anderer Theorieen (Lotze, Wundt) stützen sich vorwiegend auf die Muskelempfindungen. Wundt insbesondere zieht das Verhältnis der zentralen reproduzierten Muskelempfindung (die er als zentrale Innervationsempfindung bezeichnet) zur Berührungs- bezw. Lichtempfindung und zu dem von dem berührten bezw. optisch gereizten äusseren Punkte stammenden und diesem von vorn herein zugehörenden Lokalzeichen in Betracht und lässt mittelst einer „psychischen Synthese“ aus dem Zu-

sammenwirken dieser verschiedenen Empfindungen eine neue Art von Wahrnehmung, die in den einzelnen Komponenten nicht enthalten ist, eben die Raumwahrnehmung, entstehen. Auch wo sonst von „Innervationsempfindung" die Rede ist, ist stets ein ganz zentraler psychischer Prozess, aber keine Empfindung sensu strictiori gemeint.

Gegen diese Auffassung wird vor Allem geltend gemacht, dass die Muskelempfindungen viel zu wenig abgestuft und viel zu unvollkommen wahrnehmbar seien, um die feine Lokalisation im Raum zu erklären. Es lässt sich ferner dagegen geltend machen, dass in einer Wahrnehmung nichts enthalten sein kann, was nicht in den — psychischen — Komponenten derselben schon enthalten ist.

Die folgende Darstellung versucht einen neuen Gesichtspunkt für die Entstehung der Raumwahrnehmung und Raumvorstellung geltend zu machen, ohne in irgend einer Weise erschöpfend zu sein. Es handelt sich nur um eine Skizzierung der Grundlinien. Es erscheint dabei zweckmässig, auf die Art der Sinnesempfindungen überhaupt, auch insofern sie in keiner Beziehung zum Raume stehen, näher einzugehen.

Die Darstellung gilt nur für den Menschen. Bei den Thieren walten offenbar — und zwar je niederer sie stehen, in um so stärkerem Grade — andersartige Beziehungen ob. Vieles, was bei dem Menschen Grosshirnfunktion ist, ist bei den Thieren an subkortikale Zentren gebunden. Deshalb lassen sich hier Vergleiche schlecht ziehen.

Die Darstellung geht von einer Reihe thatsächlicher Beobachtungen aus.

1) Von Wernicke ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass man eine einmal mittelst irgend eines Körperteils erworbene Bewegung mit jedem anderen beweglichen Körperteile ohne weiteres nachahmen, dass man also z. B. mit der Fussspitze oder dem Knie schreiben kann.

2) Damit man eine einmal mittelst des Auges wahrgenommene Form (einen Buchstaben, ein Gesicht u. s. w.) wiedererkenne, ist es nicht notwendig, dass bei der abermaligen Wahrnehmung das Bild der Form auf dieselben Netzhautpunkte falle. Wir erkennen ein und dieselbe Form in den verschiedensten Entfernungen vom Auge, wenn wir sie in einer bestimmten Entfernung vom Auge einmal kennen gelernt haben. Es ist nicht nötig, es ist auch nicht einmal möglich, jede Form in allen möglichen Entfernungen vom Auge zu sehen, und die sämtlichen

Erinnerungsbilder derselben zu associieren. Man denke sich z. B. eine Form von zwei bis zu einem Meter Entfernung langsam genähert. Dabei dehnt sich das ursprüngliche Netzhautbild allmählich auf das Doppelte seiner Grösse aus. Es entstehen nach einander Hunderte von Netzhautbildern, bei denen die gleichen Punkte der Form jedesmal auf anderen Netzhautpunkten liegen; und dennoch erscheinen uns alle diese verschiedenen Netzhautbilder als identisch.

3. Ein genaues Analogon gilt für das Gehör. Wir erkennen eine Melodie, die wir in irgend einer Höhe und irgend einer Tonart einmal gehört haben, in jeder anderen Höhe und jeder anderen Tonart sofort wieder; es ist nicht nötig, dass wir sie in jeder Höhe und jeder Tonart erst kennen lernen und die unzähligen verschiedenen Erinnerungsbilder mit einander associieren.

Diese Kenntnis ist unabhängig von der Fähigkeit, die Form (oder die Melodie) nachzuahmen. Man muss, um hier nicht in Irrtum zu verfallen, allerdings sich nicht an einen imitatorisch besonders begabten Menschen halten, nicht etwa an einen Maler, der jede einmal aufgenommene Form (oder einen musikalisch sehr Begabten, der jede einmal gehörte Melodie) ohne weiteres wiederzugeben imstande ist, sondern an einen Durchschnittsmenschen, der die erwähnte Qualifikation durchaus nicht besitzt.

4. Menschen, die eine periphere totale Lähmung eines Körperteils besitzen, oder denen ein Glied amputiert worden ist, nehmen häufig, wenn sie eine bestimmte Bewegung des gelähmten oder fehlenden Körperteils in der von früher gewohnten Weise intendieren, diese Bewegung thatsächlich wahr. Menschen, welche an der Lähmung eines Augenmuskels leiden, nehmen, wenn sie die Bewegung dieses Muskels intendieren, eine Scheinbewegung der Objekte im Sinne der Bewegungsrichtung eben dieses Muskels wahr.

Bevor ich an die „räumlichen“ Sinne, Gesicht und Getast herangehe, wird es zweckmässig sein, unsere sonstigen Sinneswahrnehmungen einer Musterung zu unterziehen.

Unsere Sinneswahrnehmungen lassen sich in zwei Gruppen sondern, welche man als einfache und komplizierte von einander unterscheiden kann. Ein Theil unserer Sinnesorgane vermittelt nur einfache, ein anderer Teil neben einfachen auch komplizierte Wahrnehmungen.

Zur ersten Gruppe gehören Geschmack, Geruch und gewisse

Empfindungsarten, welche wir von der Hautoberfläche erhalten, nämlich Kälte und Wärme und das sogenannte Gemeingefühl: Wollust, Kitzel, Schauder (vielleicht auch noch eine Reihe unklarer, aus unseren inneren Körperorganen stammender Empfindungen). Der Schmerz, wie alle Lust- und Unlustgefühle tragen nicht den Charakter von Sinneswahrnehmungen und fallen aus dieser Untersuchung heraus.

Das Charakteristische der einfachen Sinneswahrnehmungen lässt sich am besten am Geschmack darstellen. Entkleidet man denselben der durch das Gefühl der Mundschleimhaut und den Geruch hinzugebrachten Zuthaten, so dürften im Wesentlichen nur vier verschiedene Geschmacksempfindungen — süss, sauer, salzig und bitter — in Frage kommen. Jeder dieser Geschmäcke besitzt eine bestimmte Qualität, und jeder von ihnen kann quantitativ in den verschiedensten Abstufungen vorkommen. Damit ist aber ihre Variationsfähigkeit erschöpft. Wir sind nicht fähig, ein Verhältnis verschiedener Geschmäcke zu einander aufzufassen; wir können ebenso wenig ein Verhältnis zwischen einem süssen und einem sauren Geschmack wahrnehmen, wie ein solches zwischen zwei gleichartigen Geschmäcken, die zu verschiedener Zeit, oder an verschiedenen Stellen der Zunge auf uns einwirken. Unsere Geschmacksempfindungen lassen sich — unabhängig von ihren Beziehungen zu anderen, nicht dem Geschmackssinn angehörigen Empfindungen, nur auf sich selbst angewiesen — weder zeitlich, noch räumlich, noch sonst irgendwie ordnen. Wir besitzen kein Geschmacksbild der Aussenwelt, nur einzelne in sich unzusammenhängende Geschmäcke.

Eine gleiche Überlegung gilt für den Geruch. Unser menschliches Geruchsvermögen ist ein rudimentäres; gleichwohl können wir eine grosse Anzahl differenter Gerüche wahrnehmen. Verhältnisse der Gerüche zu einander kennen wir nur in Bezug auf die Intensität; ein Geruch ist stärker, als der andre. Wir sind nicht fähig, räumliche oder zeitliche, oder irgend sonst wie beschaffene Verhältnisse von Gerüchen zu einander wahrzunehmen und im Gedächtnis zu behalten. Wir besitzen kein Geruchsbild der Aussenwelt, nur einzelne in sich unzusammenhängende Gerüche. (Diese Erwägung gilt jedenfalls für die grosse Mehrzahl der Menschen. Ob einzelne besonders inbezug auf den Geruch begabte Menschen, ob insbesondere sehr gut riechende Thiere, wie die Hunde, ein anderes Verhältnis darbieten, muss dahingestellt bleiben).

Für Wärme und Kälte und für die Gemeingefühle ist dieselbe Überlegung giltig.

Alle diese einfachen oder niederen Sinnesempfindungen besitzen noch eine Reihe gemeinsamer Eigenschaften. Sie sind alle unmittelbare Wächter des Organismus gegen die von aussen andringenden Schädlichkeiten. Sie sind für sich allein gänzlich ungeeignet, Vorstellungen, oder Vorstellungsreihen zustande zu bringen; sie finden ihre psychische Verwertung nur durch die associative Verknüpfung mit Empfindungen der höheren Sinne, mit anderweitig erworbenen Erinnerungsbildern, Vorstellungen, oder ganzen Vorstellungsreihen. Unser Gedächtnis inbezug auf diese Empfindungen ist ein einseitiges. Wir erkennen sie zwar wieder, wenn sie von Neuem durch äusseren Reiz erregt auftreten, und vermögen sie gegebenen Falls zu benennen. Die Gerüche insbesondere sind im Stande, ganze Situationen und Erlebnisse wieder in unser Gedächtnis zurückzurufen. Dagegen ist es einem grossen Teil der Menschen unmöglich, diese Empfindungen von innen heraus, von der andern Seite her ohne den äusseren Reiz wachzurufen. Nur ein Bruchteil der Menschen ist befähigt, sich einen Geruch, einen Geschmack, ein Gemeingefühl, Wärme oder Kälte mit sinnlicher Deutlichkeit vorzustellen, derart, dass man in der Erinnerung etwa zwei verschiedene Gerüche oder Geschmäcke gegen einander abwägen und mit einander vergleichen könnte.

Eine Folge davon ist, dass alle diese Sinnesempfindungen keinen höheren psychischen Wert haben. Der Verlust derselben, auch der angeborene, macht für den davon Betroffenen die Aussenwelt weniger farbenprächtig; aber die Intelligenz, die Vorstellung von der Aussenwelt selbst, die Fähigkeit die letztere aufzufassen leidet nicht im Geringsten. Nur den Gefahren der Aussenwelt steht der jener Sinneswahrnehmungen Beraubte hilfloser gegenüber, weil er einen Teil derselben nicht wahrnimmt. Der Geruchlose entzieht sich nicht der Einatmung schädlicher riechender Gase. Der an Syringomyelie Erkrankte lehnt sich ohne Bedenken mit dem Rücken gegen den heissen Ofen und spürt die Brandwunden nicht, deren Narben man später auf seinen Schulterblättern findet. Der metallisch zusammenziehende Geschmack der Kupfersalze, das widerliche Bitter des Strychnins warnt den des Geschmacks Entbehrenden nicht vor dem Genuss des tötlichen Giftes.

Alle einfachen Sinneswahrnehmungen haben ein weiteres Gemeinsames darin, dass sie einen mehr oder minder lebhaften Gefühlston

an sich haben; sie alle sind angenehm oder unangenehm. Die Art und Weise, wie sie von Gefühlstönen begleitet werden, ist aber weder bei den verschiedenen Menschen, noch bei denselben Menschen zu verschiedener Zeit durchweg die gleiche.

Die Verschiedenheit der Gefühlsbetonung bestimmter Geschmacks- und Geruchsempfindungen ist ebenso bekannt, wie die Thatsache, dass das begleitende Gefühl sich bei demselben Menschen im Laufe der Zeit erheblich ändern und sogar ins Gegenteil umschlagen kann.

Im striktesten Gegensatze zu diesen niederen Sinnen stehen die drei höheren, das Gehör einerseits, das Gesicht und Getast andererseits.

Das Gehör hat für unsere Wahrnehmung eine zweifache Prägung. Die einzelnen Töne, die wir wahrnehmen, haben für uns als solche keinen grösseren psychischen Wert, als etwa Gerüche oder Geschmäcke. Wir nehmen aber ausser den einzelnen Tönen auch noch das Verhältnis wahr, in welchem die auf einander folgenden oder gleichzeitig erklingenden Töne zu einander stehen. Diese Eigentümlichkeit erscheint am deutlichsten bei der Betrachtung der Melodie und ist in der Einleitung inbezug hierauf bereits hervorgehoben worden. Während uns eine Melodie leicht im Gedächtnis bleibt, kann man dasselbe von den einzelnen Tönen bestimmter Höhe durchaus nicht sagen; dieselben verhalten sich vielmehr ganz wie einfache Sinnesempfindungen. Die meisten Menschen können sich die Klangempfindungen selber nicht mit sinnlicher Deutlichkeit in's Gedächtnis zurückrufen (nur musikalisch bezw. akustisch besonders eigenartig begabte Individuen vermögen es).

Es ist also beim Gehör zur einfachen Sinneswahrnehmung der Klangempfindung etwas hinzugekommen: bestimmte Verhältnisse, in welchen die einzelnen Klangempfindungen zu einander stehen. Sind nun diese Verhältnisse ebenso von vorn herein gegeben, wie die einfachen Sinnesempfindungen? Das ist nicht der Fall.

Bei der einfachen Sinnesempfindung muss man sich das dabei eintretende Geschehen folgendermassen vorstellen. Irgend ein äusserer Reiz trifft eine periphere Nervenfaser, oder eine Gruppe von solchen, ein reizaufnehmendes Organ; gleichgiltig, ob es sich um die Verästelung einer sensiblen Nervenfaser der Haut, um eine Sinneszelle der Riechschleimhaut, eine Zelle des Corti'schen Organs oder einen Zapfen der Netzhaut handelt. In den Nervenfasern, welche zunächst mit dem reizaufnehmenden Organ in unmittelbarer Verbindung stehen, läuft in

Folge dessen ein Erregungsvorgang, eine molekulare Bewegung, welcher Art man auch immer sie sich denken möge, aufwärts zum Zentralorgan. Die Erregung gelangt in ein subkortikales Zentrum und bildet einen Reiz für eine in demselben gelegene Gruppe von Ganglienzellen. In diesen letzteren entsteht in Folge dessen eine neue Erregung, welche in den Axenzylinderfortsätzen derselben weiter aufwärts in der Richtung gegen die Hirnrinde hin verläuft. Sei es nun direkt, sei es durch Vermittlung von noch einer oder mehrerer eingeschalteter Gruppen von Neuronen gelangt der Erregungsvorgang schliesslich in Endbäumchen, welche an einer bestimmten, je nach dem gereizten Organ verschiedenen Stelle der Hirnrinde sich verästeln, und setzt hier schliesslich eine Gruppe von kortikalen Ganglienzellen (deren weitere Beziehungen für diese Betrachtung gleichgiltig sind) in Erregung. In dem Augenblick, in welchem die letztbezeichnete Ganglienzellengruppe in Thätigkeit tritt, geht in uns etwas vor, was wir in Form einer Empfindung wahrnehmen (uns zum Bewusstsein kommt), und zwar einer qualitativ bestimmten, je nach dem äusseren erregten Sinnesgebiet verschiedenen Empfindung (spezifische Energie der Empfindung): Wir riechen einen Geruch; wir sehen eine Farbe; wir fühlen eine Berührung, wir hören einen Ton.

Unsere Empfindung ist nicht etwa die Folge der molekularen Schwingungen in den Ganglienzellen. Wenn man eine Empfindung als letzte Wirkung eines äusseren Reizes bezeichnet, so ist das immer eine Umschreibung. Der richtige Ausdruck des Sachverhältnisses ist stets: Es entsteht eine mechanische Bewegung in einer Ganglienzellengruppe, als deren subjektives Korrelat die und die Empfindung auftritt. (Mir erscheint die Auffassung als die einfachste und verständlichste, welche annimmt, dass die Empfindung und der entsprechende mechanische Vorgang in den Ganglienzellen identisch seien. Es ist derselbe Vorgang, welcher von aussen betrachtet [objektiv] als molekulare, mechanische Bewegung in den Ganglienzellen aufzufassen ist, von innen gesehen [subjektiv] als spezifisch gefärbte Empfindung wahrgenommen wird. — Nach Meynert ist es nicht die Thätigkeit kortikaler Zellen, welche als Empfindung zum Bewusstsein kommt, sondern diejenige solcher subkortikaler Elemente, deren Endverästelungen in der Rinde liegen.)

Die spezifische Art der Empfindung ist etwas uns von Haus aus Gegebenes. Soweit die Sinnesorgane und das Zentralnervensystem verschiedener Menschen im Bau gleich und in normalem Zustande befindlich sind, ist anzunehmen, dass bei jedem Einzelnen unter gleichen

äusseren Bedingungen die gleichen elementaren Empfindungen entstehen, und zwar gänzlich unabhängig von jeder Übung und Erfahrung. Der Reiz läuft in der vorgebauten Bahn, und die Empfindung entsteht.

Dass bei jedem Menschen auf denselben äusseren Reiz hin die identische einfache Empfindung entstehe, ist natürlich nur eine Vermutung. Wir haben gar kein Urteil darüber, ob nicht bei einem bestimmten äusseren Reize, der in dem Einen die Empfindung „blau" erweckt, in dem Anderen die Empfindung „rot" entsteht, oder vielleicht irgend eine andere Empfindung, welche sich mit keiner dem Beobachter gegebener Empfindung deckt, sondern ganz anderer Art und Natur ist. Wir sind nur in der Lage, zu erfahren, ob eine beliebige Reihe von Empfindungen, welche der Eine als verschieden auffasst, auch von dem Anderen als verschieden empfunden wird, und ob ähnliche Empfindungen des Einen auch für den Anderen ähnliche Empfindungen sind. Wir schliessen z. B. auf das Vorhandensein einer Farbenblindheit nur daraus, dass der Farbenblinde Empfindungen nicht zu sondern vermag, welche uns als verschieden imponieren, dass er Ähnlichkeiten und Unähnlichkeiten von durch dieselben äusseren Reize ausgelösten Empfindungen anders wahrnimmt als wir. Welcher Art nun wirklich seine Empfindungen sind, wissen wir eben so wenig, wie er die unseren kennt, und wie überhaupt irgend jemand von uns wissen kann, ob seine Empfindungen mit denen eines anderen übereinstimmen.

Wir können also weder wissen, noch erschliessen, ob diejenige Art der Empfindung, die wir als Schall bezeichnen, bei verschiedenen Menschen die gleiche, oder bei jedem Menschen eine anders geartete ist; wohl aber können wir erschliessen, dass gewisse äussere Einflüsse bei jedem normalen Menschen eine Reihe von bestimmten Empfindungen eo ipso hervorrufen, ohne Zuhilfenahme irgend welcher geistigen Thätigkeit, ohne Übung oder Erfahrung.

Ganz anders verhält es sich mit dem zweiten Element, welches bei der Wahrnehmung von Gehörseindrücken in die Erscheinung tritt, nämlich mit der Wahrnehmung des Verhältnisses, in welchem verschiedene Töne zu einander stehen. Die Wahrnehmung dieses Verhältnisses ist uns nicht von vornherein gegeben. Wir müssen dieselbe erst erlernen, selbst wo es sich um das allereinfachste Verhältnis, das sich denken lässt, also etwa um dasjenige zwischen Grundton und Oktave handelt. Die Wahrnehmung eines solchen Verhältnisses ist mithin eine geistige Arbeit, d. h. eine Leistung unseres Denkorgans.

Diese Leistung ist aber nicht etwa eine Association der Erinnerungsbilder der beiden Töne, vielmehr etwas ganz Anderes. Während bei den einfachen Sinneswahrnehmungen es sich nur und ausschliesslich um die passive Aufnahme äusserer Reize handelt, kommt hier — zu eben dieser passiven Aufnahme der unserem Empfinden als solcher von Haus aus gegebenen Töne — ein aktives Element hinzu, welches nur aus einer Thätigkeit unseres Körpers, einer Reaktion unseres Körpers auf die von aussen zugeleiteten Erregungen hervorgehen kann. Wir stellen gewissermassen aktiv unseren Organismus in dem gewählten Beispiel vom Grundton auf die Octave ein; die Arbeit, welche wir auf diese Einstellung verwenden, wirkt als Reiz auf kortikale Ganglienzellengruppen, wird als eine eigenartige Empfindung wahrgenommen und verbleibt in in unserem Gedächtnis. Diese Arbeitsleistung und damit der kortikale Erregungsvorgang, sowie die Empfindung ist genau die gleiche, welcher Art auch der Grundton ist. Wir müssen genau dieselbe Arbeitsleistung vornehmen, von welchem Grundton immer zu seiner Oktave wir uns einstellen. Sobald wir deshalb diese Arbeit einmal für einen bestimmten Grundton und seine Oktave gemacht haben, und sobald wir diese bestimmte Arbeit durch die Hilfe unseres Gedächtnisses in unseren geistigen Besitz aufgenommen haben, erkennen wir für die Folgezeit jede beliebige Oktave richtig als solche (damit ist natürlich noch nicht gesagt, dass wir das Tonintervall als Oktave bezeichnen können; dazu gehört eine besondere Associationsleistung.).

Was für die Oktave gilt, gilt für jedes beliebige Tonintervall. Für jedes einzelne Intervall ist die zu leistende Einstellungsarbeit eine verschiedene, und dementsprechend auch die zum Grosshirn aus dieser Arbeitsleistung gelangende Erregung und die entstehende Empfindung, die als Intervallempfindung bezeichnet werden mag, eine andere.

In Wirklichkeit lernen wir zunächst nicht die einfachsten Intervallempfindungen, also etwa Oktave, Quinte u. s. w. kennen. Der sich allmählich entwickelnde Mensch hört zunächst nur Tongemische, in denen er wohl anfänglich Unterschiede überhaupt nicht wahrzunehmen vermag. Die erste Arbeitsleistung ist die Feststellung des Höher und Tiefer zweier Gehörswahrnehmungen überhaupt. Indem immer wieder andere Gehörswahrnehmungen an das Ohr schlagen, entwickelt sich die Auffassung des Höheren und noch Höheren. Die gehörten Klänge werden immer mehr geordnet, insbesondere dadurch, dass in verschiedenen auf einander folgenden Gehörswahrnehmungen teils gleiche, teils verschiedene Teilklänge

vorhanden sind. So entwickelt sich nach und nach eine immer deutlicher sich differenzierende Masse von Intervallwahrnehmungen. Je mehr Ordnung jemand schon in das anfängliche Tonchaos gebracht hat, um so leichter ist die weitere Arbeit. Wie weit die Isolierung gelingt, hängt von Anlage und Übung ab.

Wenn mehr als zwei Töne auf einander folgen, so associieren wir die aus dem Vergleiche je zweier einander folgender Töne entstehenden Intervallwahrnehmungen mit einander in der Reihenfolge, in welcher sie entstehen. Eine Melodie ist also für unsere Wahrnehmung nichts Anderes, als die associative Verknüpfung der Wahrnehmungen einer Reihe auf einander folgender Einstellungsvorgänge, d. h. der auf einander folgenden Intervallwahrnehmungen. Wenn wir eine einmal aufgenommene Melodie später in einer anderen Tonart hören, so empfinden wir ganz andere Töne, aber die Arbeitsleistungen, welche notwendig sind, um unser inneres Ohr von je einem Ton auf den nächstfolgenden einzustellen, sind die gleichen, welche wir bei dem ersten Anhören der Melodie haben vollbringen müssen; es werden mithin dieselben Intervallempfindungen erregt, und infolge dessen erkennen wir die Melodie wieder trotz der vollständigen Verschiedenheit der einzelnen Töne. Haben wir übrigens eine Melodie einmal aufgenommen, so ist vielleicht späterhin für das Wiedererkennen nicht mehr die Neueinstellung für je zwei einzelne Töne notwendig; vielmehr könnten dann möglicherweise die Associationen der Tonerinnerungen mit den Erinnerungsbildern der Intervallempfindungen genügen, um von den Tönen direkt aus die Melodie zu erkennen. (Vergl. die analoge Einrichtung beim Auge.)

Wir besitzen nicht nur die Fähigkeit, die Verhältnisse auf einander folgender Töne aufzufassen und zu behalten; das gleiche gilt vielmehr auch für gleichzeitig erschallende Töne. Wir erhalten dadurch die verschiedenen Klangfarben sowohl der musikalischen Instrumente, wie der menschlichen Sprechweisen; und hier wiederum sowohl der Sprechweisen verschiedener Volksstämme (Dialekte), wie derjenigen der einzelnen Individuen. Die Klangfarbe ist mithin nichts als eine Summe gleichzeitig entstehender Intervallempfindungen. Die Unterscheidung der Klangfarben muss ebenso gelernt werden, wie diejenige des Höher und Tiefer bei auf einander folgenden Gehörswahrnehmungen; sie kann sich ebenso verfeinern, wie diejenige der Melodien oder der einfachen Intervallwahrnehmungen. Trotzdem erscheint uns die Klangfarbe als etwas Eigenartiges. Dem geübten Musiker gelingt es, aus dem Gesamt-

klang die einzelnen einfachen Klangkomponenten herauszuhören, und der Experimentalphysiker ist im Stande, aus den einzelnen einfachen Tönen durch gleichzeitiges Erschallenlassen desselben die Klangfarbe künstlich zu erzeugen. Auch bei der Klangfarbe handelt es sich nicht um die einfache Association der einzelnen Töne selber; denn auch hier ist wie bei der Melodie die absolute Höhe der einzelnen gleich zeitig erschallenden Töne gleichgiltig; nur von dem Verhältnis der Töne zu einander hängt die Klangfarbe ab. Haben wir einmal einen Sachsen, Schwaben oder Ostpreussen sprechen hören, so ist es für die Folgezeit vollkommen gleich, ob wir den kräftigen Bass eines erwachsenen Mannes, die Altstimme eines jungen Mädchens oder den hellen Sopran eines Knaben wahrnehmen: wir erkennen den Dialekt wieder trotz der absolut verschiedenen Höhenlage der einzelnen Töne, die unser Ohr treffen.

Die gleiche Überlegung trifft für die einzelnen Wörter, ja die gehörten Wortteile, die Silben oder Buchstaben zu. (Wie überall werden wir uns auch hier nicht der einzelnen Arbeitsakte, sondern nur des Resultats bewusst.)

Welcher Art ist nun das Organ, mittelst dessen wir jene Einstellung vornehmen, und dessen Thätigkeit wir als Intervallempfindung, bezw. als Klangfarbe wahrnehmen; und wo befindet er sich?

Man könnte an diejenigen Organe denken, mittelst deren wir Gehörswahrnehmungen nachzuahmen imstande sind, in erster Linie an die Muskelgebiete des Kehlkopfs, könnte also Innervationsempfindungen zu Hilfe nehmen.

Das ist aber offenbar unrichtig. Die simultanen Tonmischungen, Klangfarben und Dialekte, können wir überhaupt nicht ohne Weiteres nachahmen. Aber auch für die Wahrnehmung der successiven Tonfolgen ist die Nachahmungsfähigkeit irrelevant. Auch ein von Geburt Stummer lernt Gehörtes verstehen. Das Kind versteht viel eher den Sinn der Worte, als es sie nachspricht, und spricht sie noch sehr unvollkommen nach zu einer Zeit, wo es sie schon ausgezeichnet versteht. Der Unmusikalische erkennt sehr häufig Melodieen wieder und hört, was beweisend ist, Fehler heraus ohne im Geringsten zur Nachahmung befähigt zu sein. Die Nachahmung von Gehörseindrücken muss mühsam für sich gelernt werden, kann daher nicht das Mittel für die Intervallwahrnehmungen sein.

Allerdings ist die Nachahmung das beste Unterstützungsmittel für

die Aufnahme der Tonverhältnisse, schon dadurch, dass sie dieselben immer wieder dem Ohre vorführt.

Auch die Kontraktion des tensor tympani dürfte nicht als Hilfsmittel in Frage kommen.

Irgendwo unterhalb der Hinrinde muss ein Organ vorhanden sein, welches auf Gehörseindrücke in der geschilderten Weise reagiert und dessen dem Grosshirn übermittelte Thätigkeit in diesem eine Erregung entstehen lässt, deren subjektives Korrelat die Wahrnehmung der Klangfarbe sowie die successive Intervallwahrnehmung ist. Für die ursprüngliche Intervallempfindung selbst gilt wieder das Gleiche, wie für die einfachen Sinneswahrnehmungen, die nur in Folge äusserer Reize entstehen; sie ist als solche in unserer Empfindung gegeben.

Über die Art und den Ort des erforderten Organs wissen wir bis jetzt nichts. (Schnecke?) Die Wahrscheinlichkeit seiner Existenz ergiebt sich aus dem Vergleich mit den beiden räumlichen Sinnen, bei denen sich das gesuchte Organ und seine Wirkungsart aufweisen lässt, und zwar, wie des Näheren zu erörtern sein wird, in dem Höhlengrau, der ersten Endstätte aller peripheren Nervenfasern.

Da die Intervallempfindung selbst den Charakter einer psychisch bestimmten Empfindung besitzen muss, so lässt sie sich als elementare der Seele eigentümliche Leistung nur wahrnehmen aber nicht beschreiben.

Nochmals sei betont, dass wir die Intervallwahrnehmungen nicht in der Weise kennen lernen, dass wir von vornherein einzelne bestimmte Töne also etwa genau Grundton und Oktave mit einander vergleichen. Zunächst setzen wir vielmehr ganze Tongruppen zu einander in Beziehungen und lernen zuerst ein Verhältnis zwischen höheren und tieferen Tönen überhaupt kennen. Erst nach und nach werden unsere Intervallwahrnehmungen genauere, indem wir immer kleinere Tongruppen aus dem anfänglich empfundenen Tongemisch heraussondern. So vermag der Unmusikalische sehr nahe benachbarte Intervalle, d. h. Einstellungen geringerer Differenz nicht von einander zu unterscheiden, die dem musikalisch Gebildeten (und Bildungsfähigen) sofort auffallen. Wie bei allem Erlernten ist nicht die Association von einzelnen Empfindungen, sondern die stärkere Betonung einzelner Associationen in einer grossen bis dahin gleichmässig arbeitenden Associationsmasse, unter gleichzeitiger Beeinträchtigung der übrigen Associationen, das Wesentliche (vergl. später).

Mittelst der beschriebenen Eigentümlichkeiten gelingt es uns, sowohl gleichzeitig als auch zeitlich getrennt von einander auf uns

einwirkende Tongruppen in ein bestimmtes System einzuordnen, ganz unabhängig von den Wahrnehmungen anderer Sinne. Dadurch gewinnen wir ein rein akustisches Bild der Aussenwelt, das sich am Klarsten in der Musik darstellt. (Inwiefern hier Beziehungen zur Zeitwahrnehmung überhaupt und zu den Zahlen vorhanden sind, muss unerörtert bleiben. In der Zeit geschehen alle unsere Wahrnehmungen, im Raume nicht; daher sind Raum und Zeit keine Analoga. Wohl aber ist, wie wir sehen werden, der Intervallwahrnehmung die elementare Raumwahrnehmung analog.)

Für jenes System, für die Entstehung des akustischen Weltbildes, kommen, wie nochmals betont sei, nicht die Töne selber, sondern in erster Linie die Verhältnisse derselben zu einander in Betracht, also lediglich dasjenige, was wir aus eigener Kraft zu den gehörten Tönen hinzufügen, das Resultat unserer Arbeit. Die Töne selbst sind nur das Rohmaterial, an dem wir arbeiten.

Auch bei der Wiedergabe von Worten oder Melodieen, also bei der gegenseitigen Verständigung, kommt es nicht auf die Töne selbst, sondern auf die Intervallwahrnehmungen an. Das Kind, welches Melodieen nachsingt, oder Worte nachspricht, hält sich nicht an die absolute Tonhöhe.

Es ist schon erwähnt, dass wir nicht wissen können, ob ein anderer dieselben Schallempfindungen hat, wie wir. Es ist für die Verständigung auch ganz gleichgiltig. Die sinnlichen Schallwahrnehmungen verschiedener Menschen könnten ihrer ganzen Natur nach vollkommen verschiedenartige sein; das Verständnis bliebe gewahrt, wofern nur die Einstellungsleistung des subkortikalen Organs die gleiche bliebe. Man könnte sich sogar vorstellen, dass einem Menschen der sinnliche Klang der Schallwahrnehmung selber gar nicht zum Bewusstsein käme, und nur die Arbeit der Einstellung in ihm Empfindungen auslöste. Einem solchen Menschen würde der Farbenreichtum der Gehörswelt verblassen; aber der psychische Wert der Gehörswahrnehmungen für seine Intelligenz würde durchaus nicht geringer sein.

Das ist natürlich eine reine Abstraktion; aber sie ist geeignet, den Unterschied zwischen Tonempfindung und Intervallwahrnehmung scharf hervorzuheben.

Selbstverständlich ist damit nicht gesagt, dass nicht auch die absolute Höhe der Töne von wesentlichem Interesse für die Deutung der uns umgebenden Welt und für das psychische Geschehen wäre.

Ob ein Blinder die Stimme eines Kindes oder eines Mannes hört, macht für seine Auffassung des sprechenden Individuums einen grossen Unterschied aus. Aber in diesem Falle handelt es sich nicht um die Beziehungen von Gehörseindrücken zu einander, sondern um solche von Gehörseindrücken zu den Eindrücken anderer Sinnesorgane bezw. zu ganzen Vorstellungen und Vorstellungsreihen, gerade so, wie wir es bei den Empfindungen aus den einfachen Sinnesorganen gesehen haben.

Daher kann eine kortikale Läsion Taubheit setzen, ohne das vorhandene Gehörsbild der Aussenwelt irgend zu schädigen.

Hier liegt zu einem Theil die Ursache verborgen für den Unterschied, welcher zwischen den Wahrnehmungen und den Erinnerungsbildern vorhanden ist. Die letzteren sind nicht abgeblasste Schemen der ersteren, welche in einzelnen Zellen oder Zellgruppen eingeschachtelt schliefen, um im Gebrauchsfalle plötzlich zu erwachen. Vielmehr sind es für den Gehörssinn die durch unsere einstellende Thätigkeit gewonnenen Empfindungen der Verhältnisse der von aussen eindringenden Gehörsreize, also die in unserem Grosshirne auf das Mannichfachste associierten Intervallempfindungen, welche den Kern unserer Erinnerungsbilder darstellen. Deshalb sind die Erinnerungsbilder unabhängig von den „Sinneswahrnehmungen", d. h. von dem plastischen sinnlichen Material, welches der äussere Reiz uns liefert. Deshalb ist in dem Erinnerungsbilde des Donners noch nicht soviel sinnlicher Klang enthalten, wie er durch ein auf das Wasser fallendes Haar entsteht (Meynert); vorausgesetzt allerdings, dass das erinnernde Individuum nicht die Fähigkeit besitzt, die einzelnen Menschen eignet, sich Schallempfindungen selbst willkürlich in's Gedächtnis zurückzurufen, d. h. willkürlich, wenn auch in noch so geringem Masse, zu hallucinieren.

Man denke sich einen Künstler, welcher bald einen Teller, bald einen Krug, bald eine menschliche Figur aus dem verschiedenartigsten Material formt, aus Thon, aus Steingut, aus Porzellanmasse, aus Wachs, aus Zucker, oder woraus sonst immer. So verschieden der Stoff ist, das Resultat für unsere geistige Auffassung der Form wird nicht durch das Material, sondern durch die Arbeit des Formers gegeben. Wenn wir uns vorstellen, dass wir die Bewegungen des Formers, welche zur Herstellung der Form nötig sind, allein in uns aufnehmen könnten, so wäre uns die Form gegeben ganz unabhängig von jedem Material

Den einfachen Sinneswahrnehmungen des Ohrs haftet noch ein gewisser Gefühlston an. Wir haben angenehme oder unangenehme

Gehörsempfindungen. Das Kratzen eines Nagels an der Wand, der reine Klang einer gut gestimmten Geige ganz unabhängig von jeder Melodie, der süsse Schall einer schönen Frauenstimme, auch wenn der Kehle nur ein einziger Ton entquillt, sind Beispiele dafür. Wie weit hier Tongemische in Betracht kommen und unverarbeitet, unmittelbar aufgenommen werden, nicht in Form der Klangfarbe, was weiter bei dem mehr oder minder schönen Eindruck einer Melodie in Frage kommt, sei hier nicht erörtert.

Abgesehen von den ästhetischen Gefühlen in der Musik ergiebt es sich, dass, je mehr die Association der Intervallwahrnehmungen in den Vordergrund tritt, um so mehr der Gefühlston der Gehörswahrnehmung schwindet. Beim gesprochenen Wort drängt der geistige Inhalt der Rede den grösseren oder geringeren Wohlklang des Organs zurück. Lauschen wir dem Wohllaut einer Stimme, so tritt umgekehrt der Inhalt zurück. Es scheint, dass der Gefühlston im Wesentlichen an der reinen Klangwahrnehmung haftet, sodass dem vorher gedachten Individuum, dem nur die Intervallwahrnehmungen zum Bewusstsein kommen würden, die Gefühlsbetonung der akustischen Eindrücke vollkommen fehlen würde.

Bei dem Wohlgefallen an der Melodie als solcher kommt ebenso wie bei der Wertschätzung der Schönheit einer Form offenbar etwas Anderes, als die ursprüngliche Gefühlsbetonung, etwas Sekundäres, zu einem grossen Teil von Übung und Erfahrung Abhängiges in Frage.

Ich habe den Gehörssinn insbesondere deshalb einer etwas ausführlichen Behandlung unterzogen, weil bei demselben in Folge der wenig auffälligen sinnlichen Erscheinung, welche der Intervallempfindung zu Grunde liegt, die Beziehung zwischen den wahrgenommenen äusseren Reizen und den Verhältnissen derselben zu einander klar in den Vordergrund tritt und deshalb geeignet ist, die analogen Verhältnisse der beiden noch ausstehenden Sinne, des Gesichts und Getasts, deutlich hervorzuheben.

Auch diese beiden Sinne besitzen einfache Sinnesempfindungen, wie sie allen Sinnen zukommen. Für den Tastsinn ist das die einfache Berührungsempfindung, die allerdings schwer von den Empfindungen des Gemeingefühls loszulösen ist und vielleicht nichts als einen Teil des letzteren darstellt. Für das Gesicht handelt es sich um die einfache Empfindung der Helligkeit, des Lichtes.

Man bringt gewöhnlich die verschiedenen Farben mit den verschieden hohen Tönen in Vergleich, verleitet durch die zu Grunde liegenden physikalischen Vorgänge, welche bei beiden Arten von Empfindungen Wellen von verschiedener Schwingungsdauer sind. Dieser Vergleich ist ein nur sehr bedingt richtiger, wie sich später des Genaueren ergeben wird. Die Töne stehen zu einander in gewissen Beziehungen, aus deren Auffassung sich eben das akustische Weltbild, die Welt der Melodieen und Worte gestaltet. Zwischen den Farben finden sich solche Beziehungen keineswegs; sie gleichen vielmehr den differenten Gerüchen, die unter sich auch keine Beziehungen haben (abgesehen vielleicht von einer gewissen Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit). Hörten wir nur einen einzigen Ton, der in verschiedener Stärke von uns wahrgenommen werden könnte, so gäbe es kein Gehörsbild der Aussenwelt. Der Ton hätte keinen höheren psychischen Wert, als etwa ein bestimmter Geschmack (vielleicht noch abgesehen vom Rhythmus). Eine einzige Farbe in wechselnder Intensität genügt dagegen zum Aufbau unseres optischen Bildes der Aussenwelt. Die folgenden Erörterungen sind auch für den Farbenblinden, welcher nur eine einzige Nuance sieht, giltig. Nur Hilfsmittel sind die Farben zu besserer Unterscheidung einzelner Punkte. Als Farben selbst spielen sie eine psychische Rolle nur in Beziehung zu anderen Sinneseindrücken, ganzen Vorstellungen oder Vorstellungsreihen, wie die Empfindungen der niederen Sinne.

Wir „sehen" aber ausser der Lichtempfindung noch etwas zweites; wir „sehen" die Form eines Gegenstandes, oder eines ganzen Gesichtsfeldes. Diese gesehene Form hat zwei Arten von Ausdehnung, eine in die Fläche und eine in die Tiefe.

Fläche „sehen" wir mit einem einzelnen Auge; Tiefe „sehen" wir nur bei gleichzeitiger Benutzung beider Augen. Wie kommen diese „Gesichts"wahrnehmungen zu Stande?

Betrachten wir zunächst die flächenhaften Wahrnehmungen.

Von jedem gesehenen Gegenstande entsteht ein Bild auf unserer Netzhaut. Dieses Bild wechselt seine Grösse, je nachdem der Gegenstand sich dem Auge nähert oder von demselben entfernt. Trotzdem erkennen wir den Gegenstand innerhalb der Grenzen des deutlichen Sehens in allen möglichen Entfernungen wieder, sobald wir ihn nur einmal in einer einzigen Entfernung gesehen und aufgefasst haben, d. h. sobald wir eine einzige bestimmte Grösse des durch den Gegenstand entworfenen Netzhautbildes wahrgenommen haben.

Wird eine bestimmte Gruppe von Netzhautpunkten durch Lichtstrahlen gereizt, welche von einem der Form nach bestimmten äusseren Gegenstande ausgehen, so geraten bestimmte Fasern des Sehnerven in Thätigkeit und es werden in letzter Linie bestimmte Ganglienzellengruppen desjenigen Teiles der Hirnrinde in Erregung versetzt, den man als Sehsphäre bezeichnet, und welchen ich spezieller optisch-sensorisches Feld genannt habe. Als subjektive Begleiterscheinung dieser letzten Erregung entsteht eine Lichtempfindung.

Entfernt sich der gesehene Gegenstand vom Auge (oder nähert er sich demselben) so treffen die von demselben entsandten Lichtstrahlen eine andere Gruppe von Netzhautpunkten; es müssen mithin andere Sehnervenfasern und andere Ganglienzellengruppen des optisch-sensorischen Feldes in Erregung geraten. (Wahrscheinlicher erscheint es mir, dass in beiden Fällen das gesamte optisch-sensorische Feld erregt wird, und nur die Form der Erregung, d. h. die grössere oder geringere Stärke der Erregung jedes einzelnen Punktes des Feldes variiert, s. u.; die Ausbreitung des Reizes findet wahrscheinlich im subkortikalen Ganglion des äusseren Kniehöckers statt, nicht schon in der Netzhaut selber vermittelst der Ganglienzellen derselben, da circumscripte Zerstörungen des Sehnerven oder Chiasmas verschieden lokalisierte Ausfälle im Gesichtsfelde machen.)

Trotzdem erscheint uns der gesehene Gegenstand in beiden Fällen identisch. Ist er in der einen Grösse des Netzhautbildes einmal aufgenommen, so wird er in jeder anderen Grösse desselben ohne Weiteres wieder erkannt. Diese Eigentümlichkeit tritt am schärfsten hervor, wenn man die Entfernung vom Auge nur in geringen Grenzen variieren lässt. Wir lernen ein und denselben Gegenstand keineswegs in allen möglichen Entfernungen vom Auge kennen.

Dreht sich dagegen der gesehene Gegenstand, ohne sich vom Auge zu entfernen, um eine Achse, welche den Mittelpunkt des Gegenstandes mit dem Mittelpunkt des gelben Fleckes verbindet (in welchem Falle das Retinabild weder Grösse noch Form ändert), so wird das gesehene Bild immer unähnlicher, bis es schliesslich unmöglich wird, das — mathematisch auf der Netzhaut genau gleich gebliebene — Bild noch als dasselbe zu erkennen: Auf den Kopf gestellte Schrift kann man, wenn man es nicht gelernt hat, nicht lesen, umgekehrte Photographieen nicht erkennen; die Welt nimmt ein ganz anderes Aussehen an, wenn man sich tief hinunter bückt und sie zwischen den eigenen

Beinen hindurch betrachtet. (Auch ein Teil der Vexierbilder, die man sofort erkennt, wenn man sie umdreht, gehört hierher.)

Bevor ich den Versuch mache, diese Eigentümlichkeiten zu erklären, muss ich an einige Begriffe aus der physiologischen Optik erinnern. Das gerade nach vorn blickende Auge befindet sich in seiner Primärlage. Aus dieser Lage heraus kann es nach jeder Richtung hin bewegt werden. Die Richtungslinien, in denen sich das Auge aus der Primärlage heraus bewegt, sind die Meridiane (richtiger Halbmeridiane) des Gesichtsfeldes. Bewegt sich das Auge gerade nach oben, so läuft es im oberen vertikalen, nach aussen, im äusseren horizontalen Meridian u. s. w. Der Punkt, den das Auge in der Primärlage fixiert, der sich also in der Mitte des gelben Flecks der Netzhaut abbildet, ist der primäre Fixierpunkt des Auges oder der Mittelpunkt des ursprünglichen Gesichtsfeldes. (Der Fixierpunkt bildet also mit den Halbmeridianen ein System von Polarcoordinaten.) Das Netzhautbild ist ein umgekehrtes; einem oben oder aussen im Gesichtsfelde gelegenen Punkte entspricht also ein unten bezw. innen gelegener auf der Netzhaut.

In der Primärlage befindet sich das Auge im Muskelgleichgewicht. Jeder Augenmuskel befindet sich dabei in einem bestimmten Grade der Anspannung oder der Innervation. Soll sich das Auge aus der Primärlage herausdrehen, so ist es notwendig, dass ein bestimmter Muskel, oder eine Gruppe von Muskeln innerviert wird.

Die Bewegung im äusseren und inneren Meridian wird durch den äusseren bezw. inneren geraden Augenmuskel bewirkt, diejenige im oberen Meridian durch das Zusammenwirken des oberen geraden und unteren schiefen, diejenige im unteren Meridian durch das Zusammenwirken des unteren geraden und oberen schiefen Augenmuskels.

Eine Bewegung in irgend einem Zwischenmeridian wird stets durch drei Augenmuskeln bewirkt, z. B. die nach oben innen durch den oberen und inneren geraden und den unteren schiefen. Zwischen dem oberen und inneren Meridian liegen eine unendliche Anzahl von Zwischenmeridianen. Für jeden einzelnen dieser Meridiane wirken dieselben drei Augenmuskeln zusammen, aber für jeden Meridian, ist die Intensität, mit welcher jeder Augenmuskel angespannt wird, um den gleichen Ausschlag des Auges herbeizuführen, eine verschiedene. Liegt der betr. Meridian dem inneren noch sehr nahe, so wird der innere Gerade sehr stark, der obere Gerade und der untere Schiefe dagegen sehr gering innerviert. Je weiter sich der Meridian vom inneren ent-

fernt, um so geringer wird die Innervation des inneren geraden, um so stärker die der beiden andern Augenmuskeln. Für jeden einzelnen Meridian besteht also ein anderes bestimmtes Verhältnis der Stärke der Innervation des inneren geraden zu der Stärke der Innervation der beiden anderen genannten Augenmuskeln. Das Gleiche gilt auch für die Meridiane der anderen 270 Grade des Gesichtsfeldes zwischen oberem und innerem Meridian aussen herum, nur dass von einem zum anderen Quadranten die Gruppierung der sechs Augenmuskeln zu je drei sich ändert.

Wird der Ausschlag des Auges in einem bestimmten Meridian ein grösserer, so bleiben dieselben drei Augenmuskeln in Thätigkeit, die Innervation eines jeden Augenmuskels wird stärker, das Verhältnis jedoch, in welchem die Stärke der Innervation im gegebenen Beispiel des inneren Geraden zu der des oberen Geraden und unteren Schiefen steht, bleibt das gleiche (unter der Voraussetzung, dass die Seitenbewegung des Auges nicht eine excessive wird). Dies Verhältnis der Innervation ist demnach für einen jeden bestimmten Meridian ein konstantes, und von demjenigen für jeden anderen Meridian verschieden.

(Bei den Bewegungen des Auges in schrägen Meridianen ändert sich beiläufig trotz des gleichbleibenden Innervationsverhältnisses die Wirkungsweise jeden Augenmuskels. Wird das Auge gerade nach innen bewegt, so wirkt der innere Gerade mit seiner ganzen Kraft nur als Innenwender; bei der Wendung gerade nach oben wirkt der obere Gerade als Obenwender und dreht gleichzeitig das Auge so, dass das obere Ende des vertikalen Meridians sich nach innen neigt; der untere Schiefe wendet dabei ebenfalls nach oben, dreht aber in entgegengesetzter Richtung. Bei der kombinierten Bewegung nach oben innen bleibt die Wirkung der Muskeln nur im ersten Moment der Wendung die gleiche. Je mehr das Auge von der vertikalen Erhebung nach aussen abweicht, um so mehr gewinnt der untere Schiefe an Kraft für die Aufwärtswendung, um so mehr verliert er aber für die Aussenrotation; der obere Gerade verliert an Kraft für die Aufwärtswendung, bewirkt aber eine immer stärker werdende Innenrotation; dieser letzeren wird dadurch entgegengewirkt, dass der innere Gerade einen Teil seiner Kraft für eine Aussenrotation hergiebt, sodass die wirklich eintretende Bewegung des Auges durch diese Änderungen in der Angriffsweise der Muskeln eine Abweichung weder in der Richtung der Wendung, noch inbezug auf seine Orientierung erleidet.)

Wird das Auge in einer sekundären Lage längere Zeit festgehalten, so muss das für den in Frage kommenden Meridian (welcher im Gesichtsfelde den gegenwärtigen Fixierpunkt mit dem Fixierpunkt der Primärstellung verbindet) bestehende Innervationsverhältnis der Augenmuskeln andauernd festgehalten werden. Dabei ist es ganz gleichgiltig, auf welchen Wegen oder Umwegen das Auge in die fragliche sekundäre Lage gekommen ist. Der Meridian bestimmt das Innervationsverhältnis, und das Innervationsverhältnis den Meridian.

Was für den Fixierpunkt, also den Mittelpunkt des gelben Fleckes gilt, gilt aber auch für jeden anderen Punkt der Netzhaut.

Es bilde sich eine vertikale helle Linie innen vom vertikalen Meridian ab; das Auge werde aus irgend einem Grunde nach innen abgelenkt, sodass die helle Linie nunmehr auf den vertikalen Meridian fällt. Was für den ursprünglichen Fixierpunkt und den auf den horizontalen Meridian fallenden Punkt der hellen Linie in ihrer ersten Stellung gilt, gilt für jeden Punkt des vertikalen Meridians und den in gleichem Abstande vom horizontalen Meridian gelegenen Punkte des Netzhautstreifens, in welchem sich die helle Linie zuerst abbildete. Die Vertauschung je zweier Punkte miteinander wird durch die Innervation des inneren Geraden bewirkt. Es besteht also dadurch eine Beziehung aller Punkte, welche auf irgend einem horizontalen Netzhautstreifen liegen, zu einander.

Was für die vertikale helle Linie gilt, gilt ebenso für eine horizontale oder jede andere seitlich vom Fixierpunkt sich abbildende. Denkt man sich durch irgend einen beliebigen Netzhautpunkt einen Fächer von Meridianen gelegt, so muss, damit dieser Netzhautpunkt in irgend einem seiner Meridiane gleite, die Bewegung des ganzen Auges gerade so geschehen, dass der Fixierpunkt in einem jenem secundären Meridian parallelen Meridian sich bewegt. (Alles unter der Voraussetzung, dass der in Frage stehende Netzhautpunkt nicht allzuweit vom Fixierpunkt entfernt ist, dass es sich also etwa um den gelben Fleck handelt. Bei entlegenen Netzhautpunkten würden die erforderlichen Augenbewegungen andere werden müssen, weil es sich um sphärische Bewegungen handelt.)

Auf diese Weise ist zwischen je zwei Netzhautpunkten eine bestimmte Beziehung gegeben; dieselbe wird durch die Augenbewegung ausgedrückt, mittels deren der eine Punkt mit dem anderen vertauscht wird. Dieser Augenbewegung entspricht ein bestimmtes Innervationsverhältnis der Augenmuskeln; dies Innervationsverhältnis

ist demjenigen gleich, mittels dessen der Fixierpunkt des Auges parallel der Verbindungslinie der beiden in Frage kommenden Netzhautpunkte bewegt werden würde.

Wenn wir irgend eine bestimmte Form sehen, d. h., wenn auf unserer Netzhaut ein bestimmtes Bild entsteht, so wird zwar die Art der im optisch-sensorischen Felde der Hirnrinde entstehenden Reizung durch die Art der Reizung sämtlicher betroffener Netzhaut-Punkte bestimmt, dagegen nehmen wir keineswegs, auch nicht bei grösster Übung alle diese Punkte in ihren Beziehungen zu einander wahr. Wir fassen vielmehr nur die Beziehungen einer kleinen je nach der mehr minder grossen Übung verschieden grossen Anzahl von Punkten zu einander auf. Es sind das Punkte, die durch verschieden grosse Helligkeit (oder auch verschiedene Farbe) auffallen. Auch unter diesen wird nur die Beziehung je eines Punktes zu einigen anderen, aber durchaus nicht die Beziehung jeden Punktes zu jedem anderen aufgefasst. Die Anzahl dieser Beziehungen wächst mit der Übung. (Auch die Auswahl der Punkte wird zu einem guten Teil durch die Übung d. h. die schon früher aufgenommenen Formen bedingt.)

Jede Beziehung eines gesehenen Punktes zu einem anderen wird durch eine beide verbindende Linie ausgedrückt (besteht also in einer bestimmten Richtung); jeder solchen Linie entspricht, wie oben angeführt, ein bestimmtes Verhältnis in der Innervation der Augenmuskeln, nämlich dasjenige, welches nötig wäre, um den Fixierpunkt des Auges in dem jener Richtungslinie parallelen Meridiane zu bewegen. Die verschiedenen Bilder, welche von einem und demselben in verschiedenen Entfernungen aber stets in gleicher Orientierung vom Auge befindlichen Gegenstände auf der Netzhaut entstehen, sind einander mathematisch ähnlich und ausserdem so gestellt, dass entsprechende Richtungslinien einander parallel sind. Parallelen Richtungslinien entspricht, wie sich ohne Weiteres ergiebt, dieselbe Form der Augenmuskelinnervation, d. h. dasselbe Verhältnis der Intensität, mit welcher die einzelnen Augenmuskeln innerviert werden..

Da nun jede gesehene Form nichts anderes ist als eine Summe solcher Richtungslinien, so ist für die Auffassung einer Form die absolute Grösse des Netzhautbildes gleichgiltig, vorausgesetzt nur, dass die Auffassung der Form in irgend einer Beziehung steht zum Innervationsverhältnis der Augenmuskeln. Diese Beziehung muss also aufgedeckt werden, und zwar sowohl in ihrer mechanischen, wie in ihrer psychischen Bedeutung.

Hier ist es nun nötig, auf den einfachen Reflexvorgang zurückzugehen.

Ein Kind, welches mit dem Finger in eine Flamme gerät, zieht die Hand sofort zurück (wie der — enthirnte — Frosch den Tropfen Säure mit der Pfote abwischt, den man auf irgend eine Stelle seiner Haut gebracht hat). Diese Bewegung ist eine geordnete, insofern nicht einzelne Muskeln, sondern ganze Muskelgruppen in bestimmten Innervationsverhältnissen dabei in Thätigkeit treten. (Die Bewegung ist allerdings nicht gleich von vorn herein eine so geordnete, dass sie den Charakter einer isolierten zweckmässigen Bewegung trüge. Nur die ungefähre Bewegungsrichtung „fort von der Flamme" wird gewahrt; auch kann die Bewegungsrichtung wechseln. Aber jedes einzelne Stück der Bewegung wird durch in bestimmter Anzahl uud Innervationsstärke zusammen wirkende Muskeln ausgeführt.)

Der den Reflex tragende Mechanismus ist folgender. Der äussere Reiz gelangt über die sensible Nervenfaser in die Endverästelung (oder die Endverästelungen) derselben und geht von hier, sei es direkt, sei es mit Hilfe von Schaltzellen auf ein System von nervösen Elementen über, welche unter einander in Beziehungen stehen, und welche Endverästelungen zu den motorischen Ganglienzellen der Muskelkerne (in den grauen Vordersäulen des Rückenmarks) schicken. Ich will diese nervösen Elemente, Kombinationsneurone oder — nur inbezug auf ihre verbindende Thätigkeit — Kombinationsfasern nennen.

Mittelst dieses nervösen Systems sind die Kerne der einzelnen Muskeln in den mannigfachsten Kombinationen so an einander geknüpft, dass einer bestimmten sensiblen Erregung ein bestimmter Innervationsvorgang entspricht.

Jeder einzelnen koordinierten Muskelbewegung (Bewegungen einzelner Muskeln können weder reflektorisch noch willkürlich bewirkt werden mit ganz geringfügigen Ausnahmen — mimische Gesichtsbewegungen) entspricht eine bestimmte Kombination nervöser Elemente des Höhlengrau's.

Dieser Satz gilt auch für die Augenbewegungen. Auch hier kommen bei den reflektorischen, wie bei den willkürlichen Bewegungen stets bestimmte Muskelkoordinationen vor. Selbst äusserer und innerer gerader Augenmuskel wirken allem Anschein nach bei den Bewegungen des Auges im horizontalen Meridian nicht allein. Vielmehr wird die Innenwendung des Auges durch den oberen und unteren Geraden, die

Aussenwendung durch das Zusammenwirken beider Schiefen unterstützt, so dass auch bei Lähmung eines der beiden erstgenannten Muskeln eine Bewegung des Auges in der Richtung des gelähmten Muskels wenigstens bis in die Primärlage möglich ist.

Auch die ersten Bewegungen des Auges geschehen reflektorisch. Es ist allerdings zweifelhaft, ob für den Menschen ein subkortikaler, von der Netzhaut ausgehender Reflex besteht, welcher das Auge jedesmal so einstellt, dass der Mittelpunkt des gelben Fleckes an die Stelle des gereizten Netzhautpunktes tritt. Es wäre möglich, dass eine stärkere Reizung der Netzhaut zunächst nur Augenbewegungen überhaupt, aber nicht solche von durch den Ort des Reizes bestimmter Richtung auslöst. Es könnte ferner infolge der allseitigen Verbindung des Höhlengraus durch Kombinationsfasern irgend ein beliebiger sensibler Reiz auch Augenbewegungen auslösen. Jedenfalls wird ein Reflex, welcher das Auge auf einen einfallenden stärker reizenden Lichtstrahl (neben der grösseren Helligkeit kommt hier auch als energisch wirksam die Bewegung des Objekts in Frage) einstellt — wahrscheinlich als Rindenreflex — in kurzer Zeit ausgebildet. Wir können daher zunächst bei der näheren Betrachtung im Interesse einer Vereinfachung der Darstellung einen solchen Reflex als vorhanden annehmen.

Die Augenmuskeln sind in einem subkortikalen Zentrum schon in der Form zusammengefasst, dass sie Bewegungen des Auges in bestimmten Meridianen bewirken. Das subkortikale Zentrum wird durch die Augenmuskelkerne gebildet, die Zusammenfassung geschieht durch ein System sehr zahlreicher Kombinationsfasern, welche die verschiedenen Augenmuskelkerne einer Seite, sowohl unter einander, wie mit den verschiedenen Kernen der entgegengesetzten Seite verbinden. Ausser diesem Kombinationssystem finden sich in den Augenmuskelkernen die motorischen Ganglienzellen, deren Fasern in den Muskeln des Auges sich verlieren, und endlich Endverästelungen von verschiedenen Seiten herstammender Nervenfasern, welche die Thätigkeit der Augenmuskelkerne auslösen.

Diese Endverästelungen wirken nicht direkt auf die motorischen Ganglienzellen (sonst würden sie die Zusammenziehung einzelner Muskeln bewirken), sondern auf jenes Kombinationsfasersystem.

Eine bestimmte Thätigkeit dieses kombinierenden Mechanismus bewirkt die Bewegung des Auges in einen bestimmten Meridian. In so vielen Meridianen das Auge sich bewegen kann, so viel verschiedene

vorgebildete Thätigkeitsformen des kombinierenden Systems müssen möglich sein.

Das ist aber nicht so aufzufassen, als ob für jede einzelne der unendlichen Anzahl von Richtungen, in welchen das Auge bewegt werden kann, ein vollkommen für sich bestehender Bewegungsmechanismus vorhanden wäre. Vielmehr kann man sich eine annähernde Vorstellung von dem, was hier vorgeht, etwa in folgender Weise machen. Um das Auge in einem bestimmten Meridian zu bewegen, tritt aus der ganzen grossen Zahl der vorhandenen kombinativen Elemente eine bestimmte Anzahl derjenigen Fasern in Thätigkeit, welche die Kerne der bei der fraglichen Bewegung zusammenwirkenden Augenmuskeln verbinden. Soll das Auge in einem nahe benachbarten Meridian bewegt werden, so stellen in der vorerwähnten Kombinationsfasergruppe einige Fasern ihre Thätigkeit ein, während einige andere Fasern, welche bei der vorhergehenden Bewegung nicht thätig waren, in Thätigkeit treten. Je weiter zwei Meridiane von einander entfernt sind, um so weniger, je benachbarter sie sind, um so mehr gemeinschaftliche Kombinationsfasern sind ihnen zugehörig. Gerade einander entgegengesetzten Meridianen entsprechen keine gemeinschaftlichen Kombinationsfasern mehr, weil bei gerade entgegengesetzten Bewegungen auch nicht ein gemeinschaftlicher Augenmuskel mehr wirkt.

Eine bestimmte in der Anlage zusammengehörige Gruppe von Kombinationsfasern wirkt also, wenn sie in Thätigkeit tritt, auf die ihnen angegliederten motorischen Ganglienzellen der Augenmuskelkerne derart ein, dass sich das Auge in einem bestimmten Meridian eine Strecke weit bewegt. Soll das Auge in dem erreichten Punkte stehen bleiben, so muss auch der Innervationsvorgang in der betreffenden Gruppe von Kombinationsfasern sowohl, wie in den dazugehörigen motorischen Ganglienzellen konstant bleiben. Wird die Innervation, die Thätigkeit der Kombinationsfasergruppe eine stärkere, so bewegt sich das Auge in dem eingeschlagenen Meridiane weiter; wird die Innervation geringer, so geht das Auge gegen den ursprünglichen Fixierpunkt hin zurück. Solange also das Auge in demselben Meridian läuft, bleibt die Summe der arbeitenden Kombinationsfasern die gleiche, nur die Stärke ihrer Innervation ändert sich mit dem Grade der Augenablenkung.

Während das Auge infolge der Reizung einer seitlichen Netzhautpartie oder aus sonst einem Grunde sich nach einer Seite hin dreht, fliessen dem Grosshirn zwei Erregungen zu. Die eine stammt

von der Reizung der Netzhaut und läuft über Sehnervenfasern und — nach der Umschaltung im äusseren Kniehöcker — über die Sehstrahlung in die Sehsphäre, das optisch-sensorische Feld (d. i. jene Rindenpartie in der nächsten Umgebung der fissura calcarina, welche sich durch den sehr starken Vicq d'Azyr'schen Streifen und das Vorhandensein zahlreicher Kornzellen auszeichnet). Die Reizung der Sehsphäre, die Erregung ihrer Ganglienzellen, wird subjektiv als Lichtempfindung wahrgenommen, welche noch die besondere Qualität der Farbe haben kann, aber nicht haben muss. Ferner gelangt in das Grosshirn eine zweite Erregung, welche durch die Ausführung der reflektorischen Bewegung des Auges ausgelöst wird. Diese Erregung ist wieder doppelter Art. Einmal werden infolge der wirklich ausgeführten Bewegung sensible Muskelnerven gereizt und Teile der Augenhöhle und ihres Inhalts gedrückt und gezogen. Die derart entstehenden Empfindungen sind aber sehr unklar und lassen erhebliche Unterschiedsempfindungen in ihrer Intensität und insbesondere in ihrer Art inbezug auf die Richtung nicht erkennen. Man kann diese Spannungsempfindungen besonders gut wahrnehmen, wenn man das Auge stark ablenkt.

Die Versuche, diese Muskelempfindungen für die Wahrnehmung des Raumes und der Formen heranzuziehen, sind bisher an ihrer Unbestimmtheit und zu geringer Differenzierbarkeit gescheitert. Diese Muskelempfindungen sind ferner gar keine Bewegungsempfindungen und können auch nicht als solche in die Grosshirnmechanik eingehen: wir lernen niemals die einzelnen Muskeln für sich bewegen, auch nicht durch noch soviel Übung, wir sind vielmehr immer nur in der Lage, gewisse Bewegungs-Kombinationen auszuführen; wir finden ferner niemals nach einer Läsion der Grosshirnrinde oder der von dieser zu den Augenmuskelkernen ziehenden Faserung (und das Gleiche gilt für die übrige Körpermuskulatur) einen einzelnen Muskel gelähmt, sondern stets bestimmte Bewegungsmechanismen ausgefallen.

Es müssen daher der Grosshirnrinde stets Erregungen zufliessen, welche durch gewisse Bewegungskombinationen entstehen, und solche Erregungen können nirgend anders woher stammen, als von da, wo die Bewegungskombinationen entstehen: sie können nur aus dem Höhlengrau, den Augenmuskelkernen selbst stammen. Hier müssen Elemente liegen, welche zentripetal der Grosshirnrinde die Thätigkeit jener oben beschriebenen Fasergruppen des Kombinationssystems melden. Jedesmal, wenn

eine solche Kombinationsfasergruppe in Thätigkeit tritt, fliesst nicht nur eine Erregung zu den motorischen Ganglienzellen und damit zu den Muskeln, sondern es fliesst auch eine zweite Erregung grosshirnwärts und bewirkt hier eine Reizung in einer besonderen Rindenpartie, welche mit der Sehsphäre nicht zusammenfällt, und die ich als optisch-motorisches Feld bezeichnet habe. Diese Erregung von Ganglienzellen der Grosshirnrinde muss eine verschiedene sein, je nach der im Höhlengrau in Thätigkeit tretenden Kombinationsfasergruppe. Die Reizung eines jeden in einem und demselben Meridian gelegenen Netzhautpunktes bewirkt indirekt die Erregung derselben Ganglienzellengruppe im optisch-motorischen Felde der Rinde. Wird ein Netzhautpunkt eines benachbarten Meridians gereizt, so tritt eine Kombinationsfasergruppe des Höhlengraus in Thätigkeit, die sich nur in wenigen Fasern von der vorher arbeitenden unterscheidet; es wird daher auch im Grosshirn die Erregung nur eine wenig verschiedene sein. Je grösser der Abstand zweier Meridiane im Gesichtsfeld, um so grösser auch die Verschiedenheit der Erregung im Grosshirn. Aus dieser Ueberlegung ergiebt sich zunächst unmittelbar der Grund dafür, dass ein aus seiner ursprünglichen Lage sich herausdrehendes Gesichtsobjekt dem ursprünglichen Eindruck nach und nach immer unähnlicher wird, bis es schliesslich jede Ähnlichkeit verliert. Die anfänglich noch vorhandene Ähnlichkeit erklärt sich nicht daraus, dass das Auge bei der Drehung des Objekts eine kleine Rotationsbewegung auszuführen imstande ist. Diese Rotationsbewegung reicht nicht weit und würde das successive Abnehmen der Ähnlichkeit nicht erklären können.

Wenn eine Erregung psychischen Wert haben soll, so muss ihr eine Empfindung parallel laufen. Je allgemeiner und unklarer eine Empfindung, um so geringer ihr psychischer Wert für die Erkenntnis der Aussenwelt, je bestimmter und unterscheidbarer die Empfindung, um so höher ihr psychischer Wert. Der durch die Innervation des motorischen Höhlengraus, (d. h. durch die Inthätigkeitsetzung der motorischen Ganglienzellen der Augenmuskelkerne vonseiten des Kombinationsfasersystems derselben) entstehenden Erregung der Ganglienzellen im optisch-motorischen Felde des Grosshirns muss demgemäss eine sehr bestimmte und unterscheidbare Empfindung parallel laufen. Diese Empfindung, welche genau der Intervallempfindung beim Gehör entspricht, ist die Richtungsempfindung. Die Richtungsempfindung ist eine sehr gut charakterisierte Empfindung. Sie ist nicht zusammengesetzt. Sie

lässt sich aus jeder Bewegungswahrnehmung herausnehmen und bildet die Hauptkomponente derselben. Sie ist die Elementarempfindung der (zunächst optischen) Raumwahrnehmung. Die optische Raumvorstellung der Fläche ist nichts Anderes, als die associierte Summe aller Richtungsempfindungen des Auges. (Was für die Augen gilt, gilt, wie später genauer zu berichten, auch für die Extremitäten; aus den Bewegungswahrnehmungen der verschiedenen beweglichen Körperteile lassen sich die Empfindungen gleicher Richtung durch Vergleiche herausnehmen.)

Sind die Richtungsempfindungen wirklich psychisch eigenartige Empfindungen, so müssen sie auch noch zu Stande kommen können, wenn alle von der Peripherie stammenden Empfindungen unmöglich geworden sind, also für die Extremitäten nach Amputation oder völliger Lähmung derselben. Dass in solchen Fällen thatsächlich echte Bewegungsempfindungen noch entstehen können, lehrt ein am Ende dieser Abhandlung mitgeteilter Krankheitsfall.

Der Erwerb der Richtungsempfindungen geht in der Wirklichkeit nicht so vor sich, dass das Auge eine genau bestimmte Bewegung macht, wenn ein peripher gelegener Punkt der Netzhaut durch einen einfallenden starken Lichtstrahl gereizt wird. Vielmehr ist der inbetracht kommende Vorgang wohl folgender: Indem das Kind aus irgend welchem Grunde seine Augen hin und her bewegt, fallen dieselben ausgedehnteren Netzhautbilder auf verschiedene auseinander liegende Partieen der Netzhaut. Indem dasselbe eigenartige aber noch unklare Netzhautbild einmal auf die und einmal auf eine andere Netzhautpartie fällt, kommen neben den gleichartigen Lichtempfindungen auch noch anfänglich unbestimmte Richtungsempfindungen zum Bewusstsein. So geht zunächst eine sehr grobe Lokalisation der Netzhauteindrücke vor sich, die erst durch die beständige Übung immer feiner und feiner wird, bis mit den einzelnen Stäbchen und Zapfen die mögliche Grenze der Unterscheidbarkeit erreicht ist. Diese Lokalisation geschieht für jedes Auge in jeder von beiden Hemisphären.

Ist die Lokalisation einmal vollendet, so geschieht der Neuerwerb einer Form, die sich auf der Netzhaut des ruhenden Auges abbildet, in der Weise, dass die den stärker gereizten Netzhautpunkten entsprechenden Richtungsempfindungen auf associativem Wege erregt werden; und zwar sowohl Richtungsempfindungen, welche die Beziehung jedes Netzhautpunktes zum Fixierpunkt ausdrücken, als solche, welche die Beziehung eines peripheren gereizten Netzhautpunktes zum anderen

darstellen. Bei der Aufnahme einer Form werden aber keineswegs alle diese Richtungsempfindungen wachgemacht und ihre mechanischen Korrelate associiert, sondern nur ein mehr oder minder grosser Bruchteil.

Die Annahme, dass der äussere Reiz für die Entstehung der Innervations- d. h. der Richtungsempfindungen im subkortikalen Höhlengrau zu suchen ist, wird auch durch eine anatomische Eigentümlichkeit gestützt. Voraussetzung dafür ist eine sehr feine Abstufung bei der wirklichen Ausführung der Innervation der Muskeln. Die Feinheit der Abstufung scheint nun abzuhängen von der Anzahl der motorischen Nervenfasern, welche zu einem Muskel gelangen, bezw. von der Anzahl der motorischen Zellen im Kern. Denn gerade diejenigen Muskeln, welche solch einer feinen Abstufung fähig sind, haben auffällig dicke motorische Nerven. Die Augenmuskeln gehören zu den kleinsten Muskeln des Körpers und haben dickere Nerven, wie manche riesige Muskeln am Oberschenkel. Auffallend dicke Nerven im Verhältnis zu ihrer Grösse haben auch, wie mir Herr Prof. Born mitteilt, die Muskeln des Kehlkopfs und die Lumbrikales an der Hand; die Nerven für die Lumbrikalmuskeln der Füsse sind erheblich dünner. Mit anderen Worten heisst das, ein Muskel ist um so feinerer Abstufung fähig, je weniger Muskelfibrillen von einer und derselben motorischen Ganglienzelle des Kerns aus innerviert werden. Dieser Zusammenhang lässt sich — allerdings im Widerspruch mit den herrschenden physiologischen Anschauungen — nur so erklären, dass (wenigstens bei der feineren Abstufung) nicht der ganze Muskel auf einmal in Thätigkeit tritt, sondern sich nur ein mehr minder grosser Bruchteil der Muskelfibrillen zusammenzieht, und das Schlottern des übrigen Muskels teils durch die elastische Überspannung, teils durch den beständig vorhandenen nervösen Tonus verhindert wird. Es handelt sich hierbei nicht um die Kraft, die der Muskel ausübt, sondern um die Stellung, die er dem möglichst wenig, nur durch elastischen und tonischen Gegenzug anderer Muskeln festgehaltenen beweglichen Körperteil giebt. Bei Kraftleistungen mag dagegen der ganze Muskel in Thätigkeit treten und dann, je nach der Grösse der Leistung, mit mehr oder weniger Energie der Zusammenziehung. So liessen sich vielleicht die Ergebnisse der allgemeinen Muskelphysiologie mit diesem Standpunkte vereinigen.

(Vielleicht ist der Vorgang insbesondere bei der Augenmuskelbewegung noch ein feinerer. Es könnte sich so verhalten, dass die

Anzahl der jeweilig in Thätigkeit tretenden motorischen Ganglienzellen, und damit die Anzahl der Muskelfasern eine bestimmte ist für eine bestimmte Richtung, also für die Bewegung in einem bestimmten Meridian. Für den äusseren Geraden würde z. B. bei der Wendung gerade nach aussen der ganze Muskel sich zusammenziehen; je weiter die Wendung nach oben oder unten abwiche, um so geringer würde die Anzahl der arbeitenden Muskelfasern werden. Die stärkere Entfernung des Auges vom Meridian würde dann nicht durch die Beteiligung von mehr Muskelfasern, sondern durch die stärkere Reizung des bestimmten Bruchteils bewirkt werden.)

Alle bisherigen Auseinandersetzungen bezogen sich nur auf die Wahrnehmung von in einer Fläche liegenden Objekten, oder auf die Wahrnehmungen eines Auges.

Während vom Gehörorgan (und zwar schon mit einem Ohr) beliebig viele gleichzeitig erklingende Töne zusammen aufgefasst werden können, und die dabei gleichzeitig entstehenden Intervallwahrnehmungen die Erscheinung der Klangfarbe ergeben, können vom Gesichtsorgan nur zwei gleichzeitig eindringende Wahrnehmungen vereinigt werden, nämlich dann, wenn sie auf sogenannte identische Punkte oder Partieen der Netzhäute beider Augen fallen. Sind die beiden so entstehenden Bilder völlig gleich, so erhalten wir denselben Eindruck des Flächenhaften, wie wenn nur eine Netzhaut in Thätigkeit treten würde (gerade wie zwei vollkommen gleiche Töne sich zu einer einzigen unterschiedslosen Wahrnehmung verschmelzen. In dem einen Falle wird die Tonstärke, in dem anderen die Helligkeit grösser). Sind die beiden Bilder, welche auf beide Netzhäute fallen innerhalb gewisser Grenzen von einander verschieden, so erhalten wir einen neuen Eindruck, nämlich den Eindruck der Tiefe, der dritten Dimension. Klangfarbe und Tiefe sind also Analoga. In Folge der Übung unter Heranziehung einer ganzen Reihe von Hilfsmitteln erlangt auch das einzelne Auge die Fähigkeit, die Tiefen abzuschätzen; damit entsteht der Schein einer unmittelbaren Tiefenempfindung auch beim Gebrauch eines Auges; dieser Schein ist aber eben nur ein Schein, wie der mit zwei Augen Sehende sofort erkennt, wenn er abwechselnd ein Auge schliesst und wieder öffnet.)

Ist die entwickelte Anschauung über die Raumvorstellung richtig, so muss sie auch für die Auffassung der Tiefe gelten. Es muss sich auch die Richtungsempfindung der Tiefe auf das Bewusstwerden eines

aus dem subkortikalen Zentrum gemeldeten Innervationsvorganges zurückführen lassen. Das ist nun in der That der Fall. Um die beiden Bilder eines Punktes, der sich in bestimmter Entfernung von den Augen befindet, gleichzeitig auf die Mittelpunkte beider gelben Flecke oder auf sonst zwei identische Punkte der beiden Netzhäute zu bringen, ist eine gleichzeitige Kontraktion beider innerer gerader Augenmuskeln notwendig. Die beiden Interni wirken hier also anders wie bei den konjugierten Augenbewegungen. Je näher der Punkt den Augen rückt, um so stärker muss die Kontraktion der Interni sein, je weiter er sich entfernt, um so geringer. Die synergistische Kontraktion der Interni wird bewirkt durch die Thätigkeit von Kombinationsfasern, deren Endverästelungen an die motorischen Ganglienzellen der Augenmuskelkerne beider Seiten herantreten. Diese kombinative Thätigkeit wird durch eine besondere nervöse Leitung dem Grosshirn übermittelt und erzeugt in diesem — und zwar in jeder Hemisphäre — einen Erregungszustand bestimmter Ganglienzellengruppen, dessen psychisches Korrelat als eine Richtungsempfindung, diejenige der Tiefe, zum Bewusstsein kommt.

Auch dieser Richtungsempfindung liegt ein Reflex zu Grunde, nämlich die Einstellung beider Augen auf denselben leuchtenden Punkt. Auch sie ist zunächst nur in unbestimmter Form als Tiefenempfindung überhaupt gegeben. Auch aus ihr wird zunächst nur die Empfindung des mehr und des weniger Tiefen herausgearbeitet, bis schliesslich durch immer erneute Arbeit bei der Abtastung der dritten Dimension mittelst der Interni die verschiedenen Tiefenempfindungen mit einander und mit den übrigen Richtungsempfindungen zur Gesamtvorstellung des optischen Raumes associiert werden.

Die scheinbar einfachste Arbeitsleistung beim Sehen, die Aufnahme eines räumlich bestimmten leuchtenden Punktes ist also eine Doppelempfindung; sie ist an zwei Empfindungen verschiedener Art geknüpft. Die eine — rein optische — Empfindung entspricht den Sinnesempfindungen der niederen Sinne, wie z. B. den Gerüchen oder den noch nicht in Beziehung zu einander getretenen Tönen; sie ist passiver Natur und in ihrem Entstehen in uns abhängig von den Zufälligkeiten der Aussenwelt. Wir können sie nicht willkürlich in uns hervorrufen. Sie unterscheidet sich von den einfacheren Sinnesempfindungen dadurch, dass sie nur in den seltensten Fällen einen Gefühlston besitzt. Die zweite Empfindung ist die Wahrnehmung einer Reaktion unseres

Organismus auf einen äusseren Reiz; sie ist die direkte Wahrnehmung der aktiven Thätigkeit eines subkortikalen nervösen Mechanismus und von der indirekten Wahrnehmung derselben, der Wahrnehmung der durch die reaktive Thätigkeit in der Körperperipherie hervorgerufenen Veränderungen (Muskel- und Spannungsempfindungen) scharf zu unterscheiden. Sie ist unabhängig von den Zufälligkeiten der Aussenwelt, nur bedingt dadurch, dass überhaupt ein irgendwie beschaffener Reiz das zugehörige Sinnesorgan trifft. Sie kann eintreten selbst nach völligem Verlust der peripherwärts von dem subkortikalen nervösen Apparat gelegenen Körperteile. Sie kann endlich willkürlich erzeugt werden, auch wenn ein äusserer Reiz gar nicht vorhanden ist. Sie entbehrt an sich einer Gefühlsbetonung gänzlich (analog der Intervallempfindung beim Gehör), unterliegt aber (gleich jener), sobald sie zusammengesetzt — associiert — als Form erscheint, gewissen höheren ästhetischen Gefühlen, die nicht unmittelbare zu sein scheinen, sondern durch Erfahrung und Übung herausgearbeitet werden.

Diese zweite Art von Empfindungen liefert uns nicht die äusseren Reize, sondern gewisse Verhältnisse, in welchen diese zu einander stehen. Sie ist deshalb, gerade wie die Intervallempfindung beim Gehörsorgan, von besonderem Werte für unsere psychische Entwicklung.

Die Erinnerungsbilder der gesehenen Formen sind uns durch die Association der Richtungsempfindungen gegeben; die Lichtempfindungen spielen dabei eine wesentlich geringere Rolle. Deshalb besitzen die Gesichtserinnerungsbilder der meisten Menschen keinen oder nur einen minimalen sinnlichen Charakter; sie sind schattenhaft, und doch absolut klar und deutlich.

Man kann auch hier die Fiktion machen, wie beim Gehörsorgan, dass einem Menschen die Lichtreize gar nicht zum Bewusstsein kämen, sondern nur jene Verhältnisempfindungen; der Formenreichtum seines Geistes würde dadurch nicht im Mindesten beeinträchtigt werden.

Wir besitzen für die Bewegung der Augen und die Verschiebung der Netzhautbilder auf der Netzhaut noch ein zweites Mittel, nämlich die Bewegungen des Kopfes. Dass die peripheren Muskelzusammenwirkungen hier nicht so einfach sind, wie bei den Augen, spielt psychisch gar keine Rolle, da ja für die Auffassung der Bewegungsrichtung nicht die aus der Peripherie stammenden, sondern die durch die Thätigkeit im Höhlengrau ausgelösten Empfindungen in Frage kommen. Die Kopfbewegungen gehen bei der ersten Entstehung der Lokalisation

zum Teil mit den Augenbewegungen gleichzeitig von sich; sie werden erst allmählich von den letzteren losgelöst, und die durch sie hervorgerufenen Richtungsempfindungen denen der Augenbewegungen untergeordnet.

Beim Tastsinn herrschen erheblich kompliziertere Verhältnisse vor. Hier sind zunächst die von der Peripherie stammenden Empfindungen, welche durch die Bewegung entstehen, zahlreicher und wichtiger. Bei den Augenbewegungen kommen fast nur die wenig differenten und unwesentlichen Empfindungen, welche durch die sensiblen Nerven der Augenmuskeln bei der Kontraktion der letzteren entstehen, inbetracht; Druck- und Zugempfindungen aus der Orbita spielen so gut wie gar keine psychische Rolle, höchstens bei exzessiven Augenbewegungen, bei denen sie als unangenehme Spannungsempfindungen sich bemerklich machen. Bei den tastenden Körperteilen kommen ausser den analogen Empfindungen, welche aus der Kontraktion der Muskeln, der Zerrung der Sehnen und der Spannung der Haut stammen, und die eine erhebliche Rolle wohl kaum spielen, die Gelenkempfindungen in Frage, welche uns über die jeweilige passive Stellung der Glieder zu unterrichten in der Lage sind, nachdem sie durch associative Verknüpfung mit den verschiedenartigsten anderweitigen Empfindungen den Charakter eines psychischen Merkzeichens erworben haben.

Ferner wird beim Auge das ganze Gesichtsfeld gleichzeitig in Erregung versetzt. Sind hier einmal die Beziehungen der einzelnen Netzhautpunkte zu einander erworben, so wird mit ruhendem Auge eine nicht zu grosse Form richtig aufgefasst. Die Gegenstände kommen gewissermassen an das Auge heran. Man kann zwar auch bei einiger Übung auf die Haut, etwa der Hand, gelegte Gegenstände ihrer Form nach erkennen, soweit diese Form in einer Ebene liegt, gelegentlich auch in die geschlossene Hand ohne weitere Bewegungen der Finger genommene Gegenstände. Im allgemeinen aber ist es beim Tasten notwendig, dass die empfindende Fläche an den zu betastenden Gegenstand herangebracht und um ihn herum bewegt wird. Damit dies geschehen kann, sind die tastenden Körperteile gegliedert, und in den einzelnen Gliedabschnitten für sich beweglich. Wir haben besondere Bewegungsapparate des Oberarms, des Unterarms, der Hand und der Finger, die in ihrer Bewegungsfähigkeit in einem gewissen Grade von einander unabhängig sind. Die Änderung in der Bewegung oder

Stellung eines dem Stamme zu gelegenen Gliedabschnittes ändert die Lage der peripherer gelegenen Abschnitte zum Raum und den denselben erfüllenden Körpern.

Die einzelnen Glieder können sich gegenseitig abtasten, sodass dadurch schon aus äusserlichen Gründen gewisse Beziehungen zwischen ihnen entstehen.

Für die Einordnung in eine Raumvorstellung und für die Gewinnung eines Tastraumes sind aber auch hier die Innervationsempfindungen, die ebenfalls als Richtungsempfindungen psychischen Wert gewinnen, wesentlich.

Dass es sich thatsächlich um die Richtung handelt, geht daraus hervor, dass wir, wie Wernicke gelegentlich hervorgehoben hat, eine einmal mit einem Körperteil gelernte komplizierte Bewegung mit allen anderen, ohne besondere Einübung, wenn auch plump und ungeschickt nachahmen können.

Beim Erlernen der Bewegungswahrnehmungen vonseiten des Arms kommen zunächst zwei verschiedenartige Bewegungsmechanismen in Betracht, einmal die Bewegung des Arms im Ganzen im Schultergelenk und dann die Beugung und Streckung des Arms in all seinen Gelenken. Diese Bewegungen werden zum Teil durch dieselben Muskeln ausgeführt, beruhen aber auf verschiedenen Bewegungsmechanismen im kombinatorischen Apparat des zentralen Höhlengraus — der Cervicalanschwellung des Rückenmarks. Die Bewegungen des Arms nach rechts und links, nach oben und unten entsprechen den konjugierten Bewegungen der Augen, die Beugung und Streckung des Arms entspricht der Konvergenzbewegung beider Augen. Die ersteren Bewegungen dienen der Auffassung der Ausdehnung ohne Rücksicht auf die Entfernung vom Körper, die letzteren Bewegungen der Auffassung der weiteren oder geringeren Entfernung vom Körper.

Was zum Bewusstsein kommt, sind Richtungsempfindungen, die zunächst nur sehr allgemeiner Natur sind und erst allmählich sich durch Übung von einander sondern.

Die Sonderung der Richtungsempfindungen von einander geschieht mit Hilfe der äusseren Reize, die in gleichartiger Weise bald bei dieser bald bei jener Stellung der Glieder auftreten; sie ist unabhängig vom Gesichtssinn, da sie auch beim von Geburt Blinden vor sich geht. Von den ursprünglichen groben Empfindungen der Bewegung ganzer Glieder, sondern sich erst nach und nach die Empfindungen der Bewegungen

einzelner Gliedabschnitte ab. Der Zusammenhang und die Sonderung nahe benachbarter Bewegungen durch die entsprechenden Richtungsempfindungen geht ganz analog dem gleichen Prozess beim Auge vor sich. Es ergiebt sich, dass schon in der ersten Lebenszeit Richtungsempfindungen aller möglichen Richtungen gewonnen und differenziert werden müssen. Die Summe aller aufgenommenen und mit einander associerten Richtungsempfindungen giebt die Vorstellung des Tastraumes. Diese Vorstellung ist unabhängig von Art und Zahl der äusseren Reize und nur bedingt dadurch, dass überhaupt äussere Reize die Körperoberfläche treffen. Ein nach allen Richtungen bewegliches, aber frei im sonst leeren Raume schwebendes Organ würde zur Gewinnung einer Raumvorstellung nichts beitragen können.

Die Richtungsempfindungen werden von allen beweglichen Körperteilen gewonnen. Die Empfindungen gleicher Richtung werden im Grosshirn associiert, und zwar nicht a priori, sondern auf Grund von Erfahrung und Übung. Nicht associiert wird z. B. das Tastbild, welches wir mit Hilfe der rechten Hand von einem Apfel bekommen, mit dem Tastbild, welches wir mit Hilfe der linken Hand von demselben Körper bekommen. Wohl aber wird associiert die Bewegung der rechten Hand im Handgelenk nach links mit der Bewegung der linken Hand nach links, und ebenso alle zusammengehörigen Bewegungen; die Bewegung eines jeden Beines nach links wird ebensogut daran angeschlossen, wie diejenige eines jeden Oberarms. Überall handelt es sich hier um die Innervations-, die Richtungsempfindungen.

Durch diese Association entsteht ein Komplex von Bewegungsempfindungen gleicher Richtung. Die Association sämtlicher Komplexe gleicher Richtungsempfindungen ergiebt den gesamten Tastraum eines Individuums. Mit diesem Tastraum wird der Gesichtsraum auf das engste verknüpft, indem auch bei dieser Verknüpfung die Richtungsempfindungen gleicher Richtung erfahrungsgemäss sich an einander heften.

Das wichtigste Associationszentrum für die Aufnahme von Formen ist — für den sehenden Menschen — das optisch-motorische Rindenfeld. Jede Form, die wir hier kennen gelernt haben, erkennen wir bei einer folgenden Aufnahme wieder. Wir sind aber nicht im Stande, sie ohne Weiteres nachzuahmen. Dazu gehört vielmehr (besonders begabte Menschen ausgenommen) die Einübung eines anderen motorischen Organs, in den meisten Fällen der rechten Hand. Wir

lernen dadurch schreiben, dass wir die gesehenen Bilder der Buchstaben mit der Hand nachahmen, d. h. indem wir bestimmte Richtungsempfindungen im Rindenzentrum der rechten Hand in bestimmter Reihenfolge an einander knüpfen; wir machen das, indem wir willkürlich das Kombinationsfasersystem des Höhlengraus zu bestimmten zeitlich auf einander folgenden Thätigkeitsformen veranlassen, die entstehende (und mit Hilfe eines zeichnenden Stiftes fixierte) gesehene Form mit der vorgelegten Form vergleichen, und die bei richtig ausfallender Darstellung der Form entstehenden Richtungsempfindungen mit einander associieren. (Es ist derselbe Vorgang wie beim Sprechenlernen oder beim Nachsingen einer gehörten Melodie.)

Haben wir auf diese Weise einmal eine Form wiedergeben gelernt, so können wir sie, wie oben erwähnt, ohne besondere weitere Einübung mit der linken Hand, oder der rechten Fussspitze, wenn auch ungeschickt und ungenau nachahmen. Bei dieser Nachahmung tritt der oben geschilderte Komplex der Bewegungsempfindungen gleicher Richtung in Thätigkeit. (Bei der Benutzung der linken Hand tritt hier die Neigung störend dazwischen, Spiegelschrift zu schreiben; dieselbe beruht auf einer angeborenen, dem Kombinationsfasersystem des Höhlengraus eigentümlichen Verkettung symetrischer Bewegungen, welche mitunter so stark ist, dass sie die, mit Hilfe der Associationsfaserung des Grosshirns erlernte Verkettung der räumlichen Vorstellungen bei der Ausführung der Bewegungen besiegt.)

Dass die Kenntnis der Form und die Fähigkeit, dieselbe wiederzugeben, etwas ganz verschiedenes ist, beweist z. B. die Thatsache, dass bei weitem die meisten Menschen unfähig sind, grosse gedruckte Buchstaben der deutschen Frakturschrift zu schreiben, die sie doch alle, soweit sie überhaupt deutsche Druckschrift lesen gelernt haben, ausgezeichnet erkennen. (Ebenso kann man eine Melodie erst dann (von musikalisch sehr begabten Individuen abgesehen) mittels jeden musikalischen Instrumentes, das man überhaupt zu benutzen versteht, wiedergeben, wenn man sie mittelst eines einzigen, etwa des Kehlkopfes beim Singen oder der Lippen beim Pfeifen, erlernt hat. Auch hier ist die Association jeder elementaren Klangempfindung mit einer bestimmten einzelnen Bewegungsvorstellung für jedes Instrument die Ursache dieser Eigentümlichkeit.)

Das Organ, aus welchem sämtliche Richtungsempfindungen stammen, hat, im Gegensatz zu den Organen, aus welchen die ein-

fachen Sinnesempfindungen stammen, überall den gleichen Bau. Die Thätigkeit des Kombinationsfasersystems des Höhlengraus ist es, welche als Richtung empfunden wird, gleichgiltig, ob es sich um die Kerne der Augenmuskeln, oder um die Hals- oder Lendenanschwellung des Rückenmarks handelt. Das ist wohl der Grund, weshalb alle Richtungsempfindungen einen ähnlichen Charakter besitzen. Versucht man sich eine Richtung vorzustellen, so gelingt das nur durch die Vorstellung einer Bewegung irgend eines beweglichen Körperteils. Analysiert man umgekehrt die Vorstellung irgend einer beliebigen Bewegung, sei es der Augen oder eines anderen willkürlich beweglichen Körperteils (ausgenommen Kehlkopf- und vielleicht teilweise Zungen-, Kiefer- und Gesichtsbewegungen) so findet man in derselben stets das Moment der Richtungsempfindung enthalten. Macht man den Versuch, sich den Raum, und zwar den von Körpern nicht ausgefüllten, leeren Raum vorzustellen, so stösst man wiederum auf Bewegungs-, d. h. auf Richtungsempfindungen. Unsere Vorstellung vom Raume ist die Summe aller unserer Richtungsempfindungen.

Die Richtungsempfindungen entstehen durch eine Thätigkeit unseres eigenen Körpers; sie sind die Empfindung einer Aktion. Sie sind daher unabhängig von den Zufälligkeiten der Aussenwelt, von der Art der Reize, die von aussen her auf unsere Sinnesflächen eindringen. Sie sind ebenso unabhängig von der Art und Weise, in welcher die einfachen Sinnesempfindungen uns zum Bewusstsein kommen.

Diese Eigentümlichkeit der Richtungsempfindung scheint mir vielleicht in Beziehungen zu stehen zu einigen Eigentümlichkeiten unserer Raumvorstellung:

Wir können uns alle Dinge aus dem Raume, aber nicht diesen selbst fortdenken; wir sind imstande, uns einen leeren Raum, aber nicht gar keinen Raum vorzustellen. — Solange wir überhaupt mittelst des Gesichts und Getasts vorstellen, denken wir eben in Richtungsempfindungen.

Der Raum erscheint uns unbegrenzt. — Alles, was Mass und Grenze bedeutet, stammt aus den zufälligen Erlebnissen der Aussenwelt, also aus den einfachen Sinneswahrnehmungen; auch die Empfindungen aus Muskeln, Sehnen und Gelenken sind in dieser Beziehung äusserlicher Natur. Bei der blossen, losgelösten Richtungsempfindung kommt Mass und Stärke der Bewegung gar nicht inbetracht.

Die Gesetze des Raumes erscheinen uns als a priori gegeben,

als selbstverständliche, nicht zu beweisende und des Beweises nicht bedürfende Axiome, während alle Gesetze, welche sich auf die den Raum erfüllenden Dinge beziehen, des Beweises bedürfen und für uns den Charakter des Zufälligen an sich tragen. — Die letzteren Gesetze entstammen den zufälligen und stets wechselnden Erfahrungen der Aussenwelt; die Raumvorstellung verdankt ihr Entstehen der Thätigkeit einer bestimmten nervösen Organisation unseres Körpers, welche von den äusseren Zufälligkeiten ganz unabhängig ist.

Ich habe in den ganzen vorausgehenden Erörterungen streng von einander getrennt die einfachen Sinnesempfindungen und die Verhältnisse, in denen diese zu einander stehen, habe auseinandergesetzt, dass die Empfindung dieser Verhältnisse auf dem Innewerden einer reaktiven Thätigkeit unseres Körpers beruht, auf einer eigenartigen Gattung von Empfindungen, und habe darauf hingewiesen, dass für unsere Intelligenz in erster Linie die Verhältnisempfindungen inbetracht kommen. Diese Verhältnisempfindungen müssen, wie alle Empfindungen, an bestimmte Territorien der Grosshirnrinde geknüpft sein, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese Territorien von den Territorien für die einfachsten Sinnesempfindungen mehr oder weniger räumlich gesondert sind. So möchte ich speziell für das optisch-motorische Feld die weitere Umgebung des durch seinen eigenartigen Bau ausgezeichneten Rindenfeldes der fissura calcarina (also des optisch-sensorischen Feldes) und die konvexe Fläche des Hinterhaupt- und unteren Scheitellappens heranziehen. Ist die Annahme der räumlichen Sonderung beider Arten von Empfindungszentren richtig, so kann eine Störung in den Zentren für die einfachen Sinnesempfindungen keine erhebliche Beeinträchtigung der Intelligenz verursachen, während eine solche nicht fehlen wird, wenn die Zentren für die Verhältnisempfindungen in grösserer Ausdehnung und insbesondere auf beiden Hemisphären krankhaft verändert sind. Das sind also nicht Störungen der Association zwischen verschiedenen Zentren, sondern solche der Association innerhalb eines Zentrums gleichartiger Funktion. Hierher scheinen mir die Störungen in der Orientierung im Raum zu gehören, welche man wiederholt bei Personen mit doppelseitigen Herden im Hinterhauptlappen beobachtet hat, und als deren Begleiterscheinung sich häufig, aber nicht immer, doppelseitige Hemianopsie mit Erhaltensein eines kleinsten zentralen Gesichtsfeldes gefunden hat.

Zu weiterer Erläuterung der geschilderten Verhältnisse möchte ich noch eine von der gewöhnlichen Auffassung etwas abweichende Annahme inbezug auf die Art der associativen Verknüpfung kurz berühren, welche sich nicht nur auf das Sehen, sondern auf unsere gesamten geistigen Funktionen bezieht, und welche nicht nur die einfacheren Associationen betrifft, die etwa zur Gewinnung eines konkreten Begriffs notwendig sind, sondern die mir in gleicher Weise für die kompliziertesten Associationen in abstrakten Begriffen, Vorstellungen und ganzen Vorstellungsreihen gültig zu sein scheint.

Wenn ein Kind zum ersten Mal in die Welt hinaussieht, so wird seine ganze Retina in annähernd gleichmässiger Weise gereizt. Es fliesst daher eine ziemlich gleichmässige nervöse Erregung aufwärts bis zum äusseren Kniehöcker. Infolge der Ausbreitung der Erregung jeder einzelnen Sehnervenfaser über einen mehr oder minder grossen Teil der Kniehöckersubstanz, wird der Energiestrom, der in die Sehstrahlung gelangt, noch gleichmässiger als der im Sehnerven, und es wird so schliesslich auch eine nahezu gleichmässige Erregung der ganzen Sehsphäre (soweit sie Lichtzentrum ist) entstehen. Das Kind erhält dadurch eine Lichtempfindung, in der Einzelheiten, abgesehen von Farbendifferenzen, nicht zur Wahrnehmung kommen dürften. Die Empfindung wird allerdings, je nach dem jeweiligen Erregungszustande der Netzhaut, zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene sein; bei dieser Verschiedenheit dürfte die jeweilige Art der Erregung des gelben Flecks eine besonders intensive Rolle spielen.

Macht das Kind eine Augenbewegung, so wird die Art der Erregung des Lichtfeldes und die Art der reinen Lichtempfindung eine andere. Die Augenbewegung könnte durch starke Reizung eines peripheren Netzhautpunktes reflektorisch herbeigeführt sein, falls man einen derartigen subkortikalen Reflex — Einstellung des Auges auf einen starken einfallenden Lichtstrahl — auch für den Menschen als vorhanden annimmt; für die Thiere, wenigstens für die niederen Vertebraten dürfte ein solcher Reflex unzweifelhaft bestehen. Nötig ist die Annahme eines solchen Reflexvorganges für die ursprüngliche Erzeugung von Augenbewegungen, wie schon einmal erwähnt, nicht. Bei der allseitigen Verbindung des Höhlengraus durch Kombinationsfasern kann eine reflektorische Augenbewegung durch jeden beliebigen sensiblen Reiz ausgelöst werden.

In Folge der Augenbewegung fliesst eine weitere Erregung aus

dem Höhlengrau für die Augenmuskelkerne dem Grosshirn und zwar dem optisch-motorischen Zentrum desselben zu. Auch hier ist anzunehmen, dass die Erregung des vorher noch ruhenden Zentrums eine annähernd gleichmässige sein wird, und dass in Folge dessen im Bewusstsein des Kindes nur eine ganz unbestimmte Richtungsempfindung zu Stande kommt. Die bei verschiedenen Augenmuskelbewegungen entstehenden Reizungen des betr. Rindenzentrums werden zunächst einander sehr ähnlich sein, und es wird eine nur wenig differente Reizung der einzelnen Ganglienzellen des Zentrums zu Stande kommen. Denkt man sich alle empfindenden Elemente neben einander auf einer Abscissenaxe gelagert und die Höhe der Erregung für jedes einzelne Element auf einer an der Stelle des Elements errichteten Vertikale aufgetragen, so wird die entstehende Kurve einen ganz flach verlaufenden Bogen darstellen; die verschiedenen Kurven der Erregungen, welche in Folge verschiedener Augenmuskelbewegungen entstehen, werden sich nur wenig von einander unterscheiden. Auch die das optisch-motorische Zentrum mit dem Lichtfelde verbindenden associativen Elemente werden in einen ziemlich gleichmässigen Erregungszustand geraten. Dadurch, dass bei gleichen Augenmuskelbewegungen gleichartige Erregungen des optisch-motorischen Feldes immer mit gleichartigen Erregungsänderungen des Lichtfeldes einhergehen, werden allmählich für jede Augenmuskelbewegung bestimmte Associationsfasern des optisch-motorischen Feldes zum Lichtfelde und bestimmte Ganglienzellen des ersteren stärker erregt, die übrigen in ihrer Erregung mehr oder minder in steigendem Grade gehemmt. Die vorerwähnte, anfangs sanft gerundete Kurve erhält dadurch eine Spitze, welche sich bei jedem neuen gleichartigen Reize mehr und mehr erhebt, und durch die stärkere Hemmung der weniger beteiligten Ganglienzellen des Zentrums auch immer stärker abfallende Seitenlinien erhält. Schliesslich wird jeder Innervationsempfindung eine bestimmte Kurve entsprechen, welche zwar immer noch mit ihrer Basis das ganze Feld bedeckt, aber mit einer scharfen Spitze in einer bestimmten Stelle des Feldes ruht. Verschiedene Innervationsempfindungen besitzen ihre Spitzen an verschiedenen Stellen. Je weniger von einander verschieden zwei Augenbewegungen und entsprechend die ihnen zugehörigen Innervationsvorgänge in den Augenmuskelkernen sind, um so näher werden sich die Spitzen der zugehörigen Kurven liegen, mit einem um so grösseren Teil ihres Inhalts

werden sich die Kurven selbst decken, und um so ähnlicher werden die begleitenden Richtungsempfindungen sein. Was für die einzelnen Richtungsempfindungen gilt, gilt auch für ihre Association zu Formvorstellungen; nur dass die hier in Frage kommenden Kurven zusammengesetzte sind, welche ganze Reihen von Spitzen besitzen und aus Bergen und Thälern der verschiedensten Form sich zusammensetzen. Bei der Übung wird ein immer grösserer Teil der Kurve heruntergedrückt, gehemmt, und die Spitzen werden immer schärfer ausgeschliffen. Es handelt sich also nicht um die Association einzelner Elemente unter Nichtbeteiligung der grossen Masse der übrigen, sondern um eine Differenzierung in der Stärke der Erregung, um die Unterdrückung der Erregung eines Teiles der Elemente zu Gunsten der verstärkten Erregung eines anderen Teils in einem ursprünglich ziemlich gleichmässig erregten Rindenfelde und den demselben zugehörigen Associationsfasern.

Das Kind wird dementsprechend ursprünglich nur ganz allgemeine unbestimmte Richtungsempfindungen erhalten und Formen gar nicht unterscheiden. Es wird dann zunächst lernen, erheblich von einander abweichende Richtungen zu unterscheiden und sehr verschiedene Formen von einander zu trennen, während ihm benachbarte Richtungen und ähnliche Formen als gleich erscheinen. Im weiteren Verlauf der geistigen Entwicklung wird sich die Fähigkeit, sehr benachbarte Richtungen zu unterscheiden und sehr ähnliche Formen auseinander zu halten, immer mehr und mehr entwickeln, je nach dem Grade der Uebung (zum Teil vielleicht auch der Anlage). Die durch die Anzahl der nervösen Elemente des Grosshirns bedingte Grenze der Auffassungsfähigkeit wird wohl bei keinem Individuum erreicht.

Wenn ein Teil des Zentrums oder der Associationsfasern verloren geht, oder durch irgend eine Zufälligkeit ausser Funktion tritt, so wird einer Reihe der mehrerwähnten Kurven die Spitze fehlen, und aus allen anderen wird ein unwesentliches Stück des Unterbaus herausgebrochen sein. Immerhin werden selbst die spitzenlosen Kurvenreste noch charakteristische Unterschiede zeigen, wenn sie sich auch nicht mehr so scharf trennen lassen, wie zuvor. Deshalb wird mit dem Verluste der Spitze einer Kurve die zugehörige Richtungsempfindung noch nicht vollkommen verloren gehn. Nur werden Empfindungen verwandter Richtung an der betroffenen Stelle nicht mehr so leicht

und sicher von einander unterschieden werden, wie an anderen Stellen, oder wie zuvor.

Anders wird die Sache verlaufen, wenn eine funktionelle Beeinträchtigung des ganzen Feldes eintritt. Dann werden sämtliche Spitzen heruntergedrückt, und der Zustand wird demjenigen ähnlich werden, welcher vor der besseren Übung vorhanden war. Daher werden alle Richtungen unbestimmt und einander ähnlich werden, und alle komplizierteren Formvorstellungen verschwinden.

Dieselbe Überlegung gilt für alle anderen Sinnesgebiete und ebenso für die höheren und höchsten geistigen Leistungen. Nicht die Association, sondern die Hemmung der Thätigkeit der einen, die Verstärkung derjenigen der anderen nervösen Elemente in dem ursprünglich gleichmässig die Associationsfaserung durchfliessenden Erregungsstrome bringt die Unterschiede und die Verwandtschaften zwischen den einzelnen Leistungen unserer geistigen Thätigkeit hervor.

Anhangsweise sei hier ein Fall kurz skizziert, welchen ich zufällig zur Untersuchung bekam, während ich mit der Niederschrift dieser Auseinandersetzung beschäftigt war.

Ein Arbeiter erlitt einen Bruch der unteren Brustwirbel (Kompressionsfractur). Es folgte eine völlige Lähmung der Beine und eine Beeinträchtigung der Blasen- und Stuhlentleerung. Während der ersten Wochen hatte der Verletzte beim Versuch, die Beine zu bewegen, keinerlei Empfindungen. Allmählich stellte sich die Bewegungsfähigkeit der Oberschenkel in der Hüfte und der Unterschenkel im Kniegelenk wieder her. Neben einer Störung in der willkürlichen Entleerung der Blase, einer sattelförmigen Abstumpfung der Empfindungsfähigkeit an Hinterbacken, Scrotum und einem Teile der oberen Partie der Oberschenkelhaut und trophischen Störungen — Blasenbildung — an den Fusssohlen, blieb im wesentlichen eine absolute Lähmung der den Fuss und die Zehen bewegenden Muskeln mit totaler Entartungsreaktion und sehr starker Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit auch für den Anodenschluss des galvanischen Stroms zurück. Die Empfindungsfähigkeit der Beine vom Knie abwärts war vollkommen intakt. Nachdem die Bewegungsfähigkeit in Hüfte und Knie wiedergekehrt war, hatte der Verletzte die Empfindung, als ob er die Zehen auf und ab bewegen könnte. Er gab spontan an, dass, wenn er versuche, die Zehen zu bewegen, er eine ganz deutliche Bewegung der

Zehen empfinde, die derart sei, dass er des morgens im Bett sich immer wieder erst davon überzeugen müsse, dass die Zehen thatsächlich unbewegt blieben.

Eine Bewegungshallucination war hier, wie in den ähnlichen Fällen, in denen Amputierte Bewegungsempfindungen bei intendierten Bewegungen der fehlenden Glieder haben, nicht gut anzunehmen. Die Bewegungsempfindung konnte nur aus dem Höhlengrau stammen, konnte nur die Wahrnehmung der Thätigkeit der kombinatorischen Elemente in der Lendenanschwellung des Rückenmarks sein.

Nun überlegte ich, dass eine Thätigkeit dieser Elemente ausser bei der willkürlichen Bewegung auch von der Peripherie her erzeugt werden kann, nämlich auf dem Wege des Reflexes. Ein Nadelstich in die Fusssohle bewirkt beim gesunden Menschen meist, — abgesehen von dem willkürlich auszuschaltenden Zurückziehen des ganzen Beins — eine Beugung der Zehen, und zwar je nach der gestochenen Stelle eine solche der grossen Zehe, oder der kleinen Zehen. Im vorliegenden Falle war die Sensibilität intakt. War also nicht etwa doch in Folge der Rückenmarksquetschung eine erheblichere Schädigung der Kombinationsfasern erfolgt, so musste ein Stich in die Fusssohle die Thätigkeit des Kombinationsfasersystems auslösen, und diese letztere musste, trotz vollkommenen Ausbleibens einer effektiven Bewegung, eine Bewegungsempfindung der Zehen bewirken.

Der Versuch bestätigte das Resultat der Ueberlegung. Beim Stich in den Ballen der grossen Zehe empfand der Verletzte eine Beugung der grossen Zehe, also genau die Bewegung, welche rein reflektorisch, beim Intaktsein auch der motorischen Leitung, die grosse Zehe thatsächlich ausgeführt haben würde.

THESEN.

1. Die Annahme eines besonderen Begriffszentrums in der Grosshirnrinde widerstreitet den psychischen Eigentümlichkeiten der Begriffe.

2. Das Fehlen wahrnehmbarer Defekte in Leitungsbahnen spricht an sich noch nicht gegen eine in denselben enthaltene sekundäre Degeneration.

3. Das Fehlen gewisser Faserzüge im noch unentwickelten Grosshirn des Kindes beweist nichts gegen deren Existenz beim Grosshirn des Erwachsenen.

DRUCK VON GEBRÜDER BÖHM, KATTOWITZ

Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Th. V.

Einzelpreis Mk. 1,—. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medicinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 6.

Der Geisteszustand

des

Alkoholdeliranten.

Klinische Untersuchungen

von

Dr. K. Bonhoeffer.

BRESLAU 1898.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Uebersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Der Geisteszustand

des

Alkoholdeliranten.

Klinische Untersuchungen

von

Dr. K. Bonhoeffer.
Privatdocent an der Universität Breslau.

BRESLAU 1898.
SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG
(Franck & Weigert)
Inhaber: A. Kurtze.

Wenn man die vielen unerforschten und unklaren Gebiete, die wir in der Psychopathologie noch haben, überblickt, so kann man sich fragen, ob es nicht Eulen nach Athen tragen heisst, die Symptomatologie des Delirium tremens zum Gegenstand einer Untersuchung zu machen. Denn gerade dieses Krankheitsbild scheint doch hinsichtlich der Aetiologie, der Symptome und des Verlaufs innnerhalb der übrigen schwankenden Krankheitsformen die am besten gekannte, abgeschlossenste und am wenigstens variable Psychose darzustellen. Man wird sich von vornherein sagen können, dass für den praktischen Zweck der Diagnosen- und Prognosenstellung von symptomatologischen Untersuchungen hier nicht viel Neues zu erwarten sein wird.

Wenn ich trotzdem diese bekannteste toxische Psychose gewählt habe, so geschah es deshalb, weil mir gerade eine derartig alltägliche, unter bekannten aetiologischen Bedingungen sich entwickelnde und wenigstens hierzulande häufig der Beobachtung sich darbietende Erkrankung besonders geeignet erscheint, den im konstanten Ablauf der Erscheinungen sich offenbarenden Gesetzmässigkeiten genauer nachzugehen und einer Vertiefung der symptomatologischen Auffassung näher zu kommen. Dabei glaubte ich mir versprechen zu dürfen, dass der in unserer Klinik vertretene Standpunkt in mancher Beziehung brauchbare Gesichtspunkte ergeben werde.

So viel eine genaue Beobachtung und Beschreibung des spontan verlaufenden Delirs für sich allein schon wert ist, so ist sie doch nicht ausreichend. Man ist aber gerade bei Deliranten für Untersuchungen, die mehr den Charakter des Experimentes tragen, in einer günstigen Lage.

Abgesehen von der Häufigkeit und Gleichartigkeit der Erkrankung begünstigen die psychischen Eigentümlichkeiten des Deliranten, seine leichte Beeinflussbarkeit und Bereitwilligkeit, die geringe Nachhaltigkeit seiner Affekte die Untersuchungen. Die Kürze der Krankheitsdauer giebt eine bequeme Controlle an demselben

Manne im gesunden Zustande. Endlich haben störende individuelle Faktoren, die wir sonst eine grosse Rolle spielen sehen, hier so gut wie gar keine Bedeutung.

Die folgenden Ausführungen verfolgen in der Hauptsache den Zweck, die Resultate einer Reihe von Untersuchungen über den Vorstellungsverlauf, wie er sich unter Anwendung verschiedenartiger Versuchsbedingungen beim Deliranten abspielt, wiederzugeben. Im Anschluss daran habe ich in Kürze die psychischen Symptome des Spontandelirs, soweit sie mir wichtig erschienen und nicht schon in dem früheren geschildert waren, besprochen.

Mit Recht wird von Wernicke die totale Verfälschung des Bildes der Aussenwelt als die dominierende Erscheinung in dem psychischen Symptomenkomplex des Delirium tremens an die Spitze gestellt. Dementsprechend wird die Untersuchung über das Zustandekommen der Illusionen und Hallucinationen im Folgenden einen entsprechend grossen Raum einnehmen müssen. Bei der Abhängigkeit, in der sich die richtige Anschauung der Aussenwelt von der Funktionstüchtigkeit der Sinnesorgane befindet, bei der bekannten Neigung zum Illusionieren bei ungenügender Schärfe der Sinneswahrnehmung, wird zunächst eine systematische Untersuchung über die Leistungsfähigkeit der percipierenden Organe erforderlich sein.

Bei keiner andern Geisteskrankheit wird dem Beobachter so sehr wie beim Delirium tremens die Vermutung nahe gelegt, dass die zahlreichen Illusionen thatsächlich auf der Basis einer herabgesetzten Schärfe der Sinnesempfindung entstehen. Wenn man einen Deliranten, der sich selbst überlassen ist, umhergehen sieht und beobachtet, wie er anscheinend blind auf die Wand zuläuft und erst dadurch, dass er mit seinem Kopf anstösst, auf das Vorhandensein eines Hindernisses aufmerksam wird, so wird der Unbefangene zunächst den Verdacht bekommen, dass es sich hier um hochgradige Amblyopie handle.

Auf dem Gebiete des Gehörs treffen wir auf eine ganz ähnliche Störung. Der Delirant verhört sich, wenn man in gewöhnlicher Umgangsprache mit ihm spricht, ausserordentlich häufig, man muss ihn oft wie einen Schwerhörigen laut anrufen, um ihn zum Verständnis zu bringen. Die eklatanteste Erscheinung endlich ist die scheinbare Störung in der kutanen und tieferen Sensibilität, die ihren Ausdruck in den bekannten schreckhaft aussehenden Zuständen findet, in

denen man den Deliranten mit gebrochenen Gliedmassen wie mit gesunden ohne jede Schmerzäusserung hantieren sieht, in denen die Kranken ausgedehnte Brandwunden sich zuziehen, ohne irgendwelche Notiz davon zu nehmen. Derartige Beobachtungen, die keineswegs selten sind, haben es schon früher den Beobachtern nahegelegt, der Untersuchung der Sinnesorgane die Aufmerksamkeit zuzuwenden, und die Frage bekam noch mehr Interesse, als für die Schädigungen, die der chronische Alkoholismus auf das Nervensystem ausübt, mit dem Nachweis der peripheren Alkoholneuritiden die anatomische Grundlage gefunden wurde.

Von Magnan (de l'alcoolisme Paris 1874) wird das Vorkommen von Amblyopie beim Delirium tremens betont und Galezowski (bei Magnan citirt) erwähnt ganz besonders als einen fast stets nachzuweisenden Befund den Verlust beziehungsweise die Herabsetzung der Farbenempfindlichkeit beim Deliranten. Rose hält mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Analgesie, die wir oben erwähnt haben, eine durch periphere Störung bedingte Anaesthesie zu Grunde liege. In den neueren Bearbeitungen des Delirium tremens von Kruckenberg und Liepmann ist auch die Frage, inwieweit Störungen in der Leistung der Sinnesorgane vorliegen, berührt und von ersterem sind auf optischem Gebiete Störungen, auf die ich zu sprechen kommen werde, gefunden worden.

Nach allem schien es gerechtfertigt und notwendig, dieser Frage systematisch näher zu treten. Man ist dabei gerade in einer Beziehung in einer verhältnismässig günstigen Lage. Durch die kurze Dauer der Erkrankung und den raschen Eintritt der Genesung ist man in die Lage gesetzt, dauernde Störungen von solchen, die durch das Delir selbst gesetzt werden, zu unterscheiden. Die Schwierigkeiten für die Untersuchung von Seiten des psychischen Zustandes sind wie schon erwähnt, nicht unüberwindlich. Gerade von Rose sind sie ausserordentlich überschätzt worden. In der Mehrzahl der Fälle gelingt es durch einfache Kunstgriffe — meist genügt schon das einfache Verbringen in das Untersuchungszimmer — den Kranken in eine für die Untersuchung brauchbare Stimmung zu bringen. Bei allen Untersuchungen liegt die Aufgabe lediglich darin, einerseits die Aufmerksamkeit stets zu fixieren und andererseits sich nicht durch die Suggestibilität des Deliranten täuschen zu lassen. Ich habe nun zunächst die einzelnen Sinnesgebiete mit Ausnahme des Geschmacks,

den ich nur in wenigen Fällen untersuchte, hinsichtlich der Empfindungsfähigkeit in den verschiedensten Krankheitszeiten untersucht und ich lasse die Resultate, die sich in dieser Beziehung ergeben haben, folgen.

Kutane Sensibilität.

In allen Fällen, in denen es gelang, die Aufmerksamkeit hinreichend zu fesseln, und dies war die Mehrzahl, zeigte es sich, dass der Delirant hinsichtlich der Berührungsempfindung gegenüber dem Zustande der Gesundheit keine Anomalien zeigte. Ebenso verhält es sich mit der Schmerz- und Temperaturempfindung. In zwei Fällen, in denen trotz gut fixierter Aufmerksamkeit eine Abstumpfung der Hautempfindlichkeit an den Unterschenkeln gefunden wurde, blieb sie auch nach dem Delir bestehen (es handelte sich um eine neuritische Störung).

Wie wichtig es gerade für diese Untersuchung ist, unter geeigneten Bedingungen zu untersuchen, ergiebt sich daraus, dass dieselben Deliranten, die schmerzhafte Affektionen gänzlich ignorieren, auf Nadelstiche, die man ihnen, während sie abgelenkt sind, beibringt, garnicht reagieren, bei Sensibilitätsprüfungen, die man unter energischer Fixation ihrer Aufmerksamkeit vornimmt, prompte und richtige Angaben machen[1]). — Die genaue Prüfung der Lageempfindung ist beim Deliranten ausserordentlich erschwert. Es scheint, dass, abgesehen davon, dass die Aufgabe, die bei dieser Untersuchung an die Aufmerksamkeit des Patienten gestellt wird, grösser ist, auch der vorhandene muskuläre Tremor sich störend geltend macht. —

Die auch bei Gesunden vorkommenden, bei Sensibilitätsprüfungen auftretenden spontanen Sensationen und Nachempfindungen, sind bei den Deliranten vermehrt, ich komme darauf noch später zu sprechen.

Bezüglich des Geruchs habe ich zwar in manchen Fällen während des Delirs eine auffallende Unsicherheit in der Bestimmung gefunden, in

---

[1]) Die Berührungsempfindung wurde in der von Wernicke gelehrten hier stets üblichen suggestive Einflüsse ausschliessenden Weise untersucht. Der Untersucher berührt den Pat., dem die Augen geschlossen sind, mit einer watteumwickelten Stecknadel, nachdem er zuvor die Aufmerksamkeit mit den Worten „jetzt" fixirt hat, und lässt den Pat. mit Ja oder Nein antworten, je nachdem er die Berührung gefühlt hat oder nicht. Eine Controlle der Aufmerksamkeit hat man sehr einfach dadurch, dass man gelegentlich jetzt sagt, ohne zu berühren.

all diesen Fällen bestand sie aber auch nach dem Ablauf des Delirs noch in derselben Weise, ja das Verhältnis war mitunter sogar umgekehrt, dass im Delir richtigere Angaben gemacht wurden als nachher. Ohne Zweifel handelte es sich dabei lediglich um individuelle Eigenheiten und Ungeschicklichkeiten, die mit dem Delir nichts zu thun haben. — Gerade bezüglich des Geruchsinns bestehen ja bekanntlich mehr als bei jedem anderen Sinn individuelle Schwankungen.

Bei der Gehörprüfung habe ich mich auf die Untersuchung mittelst Flüsterstimme beschränkt und auch hierbei stets normale Werte, d. h. dieselben Grenzen wie nach dem Delir bekommen.

Genauere Untersuchungen waren für das Gesicht erforderlich, erstens weil der Delirant gerade auf optischem Gebiete besonders auffallende Erscheinungen bietet und weil hier Untersuchungen vorlagen, die eine Nachprüfung erforderlich erscheinen liessen.

Abgesehen von der Sehschärfe wurde das Gesichtsfeld und die Farbenempfindung untersucht.

Die Prüfung der centralen Sehschärfe mittest der Snellen'schen Tafeln ergab bei keinem der Deliranten eine Anomalie. Wo eine Herabsetzung bestand, liess sich nachweisen, dass sie nicht Folge des Delirs war, sondern auch später nach der Heilung in derselben Stärke vorhanden war.

Myopen, die nach Ablauf des Delirs in gesunden Tagen ohne Correktur die Buchstabengrösse für 5 m auf 1 m Entfernung lasen, zeigten inmitten des Delirs genau dieselbe Sehstörung. Auch Amblyopen zeigten während des Delirs keine Zunahme der Sehschwäche, sie lasen genau dieselbe Buchstabengrösse auf dieselbe Entfernung im Delir wie nach demselben.

Gesichtsfeld.

Man könnte zunächst an der Möglichkeit einer zuverlässigen Gesichtsfeldaufnahme bei Deliranten überhaupt zweifeln. Thatsächlich ist es bei der Mehrzahl der Deliranten bei einiger Geduld und allerdings auch mit erheblichem Aufwand subjectiver Anstrengung möglich, mittelst des Perimeters verlässliche Gesichtsfelder für Weiss von Objekten von 5 □mm, häufig auch während des agitierten Stadiums, sicher aber nachher zur Zeit des Nachlasses der Erscheinungen zu bekommen. Es stehen mir von 30 Deliranten Gesichtsfelder aus allen

Stadien, aus der Zeit des Beginns, dem Stadium der Erregung und Genesung und nach der vollständigen Heilung zu Gebote. Gerade bei der Gesichtsfeldprüfung bildet die Suggestibilität des Deliranten ein ausserordentlich bedenkliches, zu Täuschungen veranlassendes Element. Ausserdem sind interkurrente Gesichtshallucinationen, welche die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Fixierpunkt des Perimeters fesseln und dadurch weitgehende Gesichtsfeldeinschränkungen vortäuschen, zu fürchten. Ein einmaliger Versuch führt nur in den allergünstigsten Verhältnissen schon zu einem Resultate, mehrfache Wiederholungen, immer wiederholte Aufklärung des Patienten über seine Aufgabe, sind erforderlich. — Gerade die Perimeteruntersuchung bietet hinsichtlich der Schwankungen der Aufmerksamkeit beim Deliranten interessante Beobachtungen, auf die ich noch zu sprechen kommen werde.

Es war nötig, der Untersuchung des Gesichtsfeldes besondere Aufmerksamkeit zu widmen, weil von Kruckenberg Beobachtungen mitgeteilt worden sind, die wenn sie richtig wären, eine interessante Beteiligung der retina beziehungsweise der Occipitalrinde am pathologischen Processe das Delirium beweisen würden.

Von 19 untersuchten Deliranten vermisste Kruckenberg nur bei zweien eine konzentrische Einengung; bei 12 davon war die Einengung hochgradig, bei 5 weniger stark aber doch deutlich ausgesprochen.

Weiterhin ergab sich ihm die Beobachtung, dass die konzentrische Einengung sich erst im Laufe des Delirium tremens hrerausbildete, häufig auch noch die ersten Tage nach Ablauf desselben zunahm und sich dann im Verlaufe von meist 8—14 Tagen wieder zurückbildete.

Kruckenberg sieht in seinen Befunden eine funktionelle Störung, eine transitorische Anästhesie der retina, analog der bei Hysterie und Epilepsie beobachteten und findet darin eine Bestätigung der Auffassung, die er auch sonst vertritt, dass nämlich eine enge Verwandtschaft und Parallelität zwischen Delirium tremens und epileptischem Irrsinn bestehe.

Ich bin bei meinen Untersuchungen zu wesentlich davon verschiedenen Resultaten gekommen.

Unter den 30 untersuchten Deliranten sind mir nur 2mal erheblicher eingeengte Gesichtsfelder für weiss begegnet (im horizontalen Meridian auf 60° und 65° temporal, nasal auf 40); in beiden Fällen handelte

es sich aber um Einengungen, die auch nach Ablauf des Delirs noch ebenso ausgedehnt waren, wie während desselben. In einem Falle handelte es sich um eine sehr ausgesprochene peripherische und centrale Amblyopie, im andern um einen kachektischen Phthisiker. Nur in so weit konnte ich die Kruckenberg'schen Befunde bestätigt finden, als in drei Fällen während des Delirs beziehungsweise nach kurzem Schlaf, zur Zeit noch bestehender Desorientirtheit eine geringe Einschränkung von 5—10 Grad gefunden wurde, die bei späteren Untersuchungen ausblieb.

Einengungen von solcher Ausdehnung, wie Kruckenberg sie beschreibt, sind mir bei meinen Deliranten überhaupt nie begegnet, und ebensowenig konnte ich etwas von einer entsprechenden Rückbildung in der Rekonvalescenz beobachten.

Während so Kruckenberg die Einschränkung des Gesichtsfeldes für eine dem Deliranten fast konstant zukommende Eigentümlichkeit hält (es sind nahe an 90 % Einschränkung), bietet das Gesichtsfeld für weiss nach meinen Untersuchungen nichts irgendwie charakteristisches und von der Norm abweichendes. Eine solche Divergenz der Resultate kann kaum in etwas anderem als in Fehlern, die auf einer von beiden Seiten gemacht worden sind, ihren Grund haben. Für eine zufällige Ansammlung differenter Fälle ist die Zahl der untersuchten Fälle auf beiden Seiten zu gross, in der chemischen Verschiedenheit der in Hamburg und in Breslau konsumierten Alkohole den Grund zu suchen, erscheint mir wenig plausibel. Vielleicht liegt die Erklärung für die von Kruckenberg gefundene grosse Zahl der Einschränkungen in der Nichtbeachtung der ausserordentlichen Suggestibilität der Deliranten. Man hat es gewissermassen in der Hand, ebenso wie man je nach der Art der Untersuchung bei einem Deliranten eine totale kutane Analgesie erzielen kann, während er thatsächlich normale Empfindungsfähigkeit hat, auch hochgradige Gesichtsfeldeinschränkungen zu bekommen. Ich habe in einer Anzahl von Fällen zunächst Einschränkungen selbst bis zum Fixierpunkt erhalten; es liess sich aber dann ausnahmslos nachweisen, dass der Untersuchte ungenügend aufgemerkt hatte, beziehungsweise erst beim Herankommen des Objekts in die Nähe des Fixierpunktes aufmerksam wurde. Alle die Fehler, die beim Perimetrieren des Gesunden gemacht werden können, können es in vermehrtem Masse beim Alkoholdeliranten und es erfordert immer wieder Controllversuche, wenn man vor Täuschungen

bewahrt bleiben will. Schon allein die Fragestellung genügt, um bei den so ausserordentlich suggestiblen Kranken die wechselndsten Resultate zu bekommen. Mehrfach ist es mir vorgekommen, dass ein Delirant an anscheinend richtiger Stelle sagte, jetzt sehe er's kommen; auf die Aufforderung, mit dem Finger zu zeigen, wo das Objekt stehe, deutete er auf eine Stelle des nicht untersuchten Gesichtsfeldes. Es ist unumgänglich, dass beim Perimetrieren solcher Kranker 2 bis 3 mit der Methode vertraute Personen anwesend sind, eine, die den Kopf richtig auf das Perimeter fixiert hält und womöglich 2, die auf das Auge des zu Perimetrierenden und das verschiebbare Objekt aufmerken und gleichzeitig die Aufmerksamkeit anspornen.

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes für Farben bietet begreiflicher Weise noch grössere Schwierigkeiten, als die für weiss. Man kann hier den Angaben des Kranken nicht genug Misstrauen entgegenbringen. Es mussten auch die Angaben, welche über die Ausdehnung während des Delirs selbst gewonnen wurden, fast durchweg als zweifelhaft und wenig zuverlässig bezeichnet werden.

Eine centrale Rotblindheit fand ich in 3 Fällen ausgesprochen. Es handelte sich aber um einen Dauerzustand. Sie blieb auch nach dem Delir bestehen. Die Unsicherheit in der Bestimmung der Farben in der Peripherie war auch nach Ablauf des Delirs noch ausserordentlich gross. Meist genügte dem Kranken der Hinweis, dass er jetzt auf das Kommen einer Farbe aufzumerken habe, um ihn zunächst zum Raten (oder Hallucinieren!) zu veranlassen. Ein mehrfach wiederholter regelmässiger Turnus, dass man etwa auf blau immer rot folgen lässt, ist äussert gefährlich, und man merkt beim Einschieben eines Controllversuchs, dass der Kranke rät. Man kann auf diese Weise ausserordentlich weitgehende scheinbare Einengungen bekommen. Man lässt z. B., nachdem man eine bestimmte Folge mehrfach innegehalten hat, anstatt des erwarteten rot blau eintreten, so erfolgt fast immer die Antwort rot, und blau bleibt oft bis zum Fixierpunkt unerkannt. Der Kranke bleibt selbst dann noch manchmal dabei, dass es rot sei, wenn man ihn nun blau mit beiden Augen frei fixieren lässt. Es bedarf dann einer Ablenkung der Aufmerksamkeit, um diese suggerierte Farbenblindheit zu beseitigen.

Eine auffällige Neigung zu farbigen Illusionen und Hallucinationen im Fixierpunkt erweist sich gleichfalls als störend. Ganz einwandsfreie Resultate sind deshalb aufs erstemal sogut wie niemals zu erhalten.

Es bedarf häufiger Wiederholung, und immer erneute Anwendung von Controllversuchen ist unerlässlich. Bei 45 Gesichtsfeldaufnahmen, die ich mit Anwendung aller Cautelen, die durch den psychischen Zustand geboten sind, vorgenommen habe, habe ich während des Delirs nur in ganz wenigen Fällen mir verlässlich scheinende Resultate bekommen. Man muss häufig zufrieden sein, aus den Illusionen, die der Untersuchte produciert, die Wahrscheinlichkeit zu erschliessen, Ausserungen wie „Jetzt kommt ein Infanterist mit rotem Kragen", „blauer Husar" etc. müssen oft die Anhaltspunkte geben. 10 mm Objekte lassen sicherere Schlüsse zu.

Nach dem Delir erscheinen die Grenzen für blau sowohl wie für rot in manchen Fällen enger, als sie normaler Weise angegeben werden, sie schwanken für blau zwischen 70° und 45° im horizontalen Durchmesser, für rot zwischen 60 und 35. Irgend eine Gesetzmässigkeit im Sinne einer allmählichen Erweiterung oder Verengerung, eine Abweichung von der üblichen Folge der Farben im Gesichtsfeldschema habe ich nicht konstatieren können.

Ich muss dies wieder im Gegensatz zu Kruckenberg betonen, der auch bezüglich der Farben bestimmte pathologische Variationen des Gesichtsfeldes konstatieren zu können glaubte. Er findet, dass rot empfindlicher ist als weiss, die Grenzen desselben labiler sind, als bei weiss. Er fand rasche Schwankungen zur Zeit des Delirs, Einengungen und nachher normale Grenzen und selbst Gesichtsfelderweiterungen. K. glaubt in diesem Verhalten Beziehungen zu der Entwicklung der Farbenskotome der Alkoholisten sehen zu dürfen. Im Verlaufe meiner Untersuchungen habe ich ähnliche Gesichtsfelder für Farben auch gesehen, ja sogar noch abenteuerlichere Schwankungen. Bei Anstellung sorgfältiger, die Suggestion vermeidender Controllversuche, bei intensiver Anspornung der Aufmerksamkeit sah ich dann immer die Grenzen sich verändern und zwar in dem Sinne, dass sie dem normalen Verhalten sich näherten. Insbesondere habe ich nie finden können, dass die Grenze von rot jenseits von blau sich befand, wie dies Kruckenberg angiebt.

Ich habe die Überzeugung gewonnen, dass die auffallenden Schwankungen bei der Aufnahme des Farbengesichtsfeldes nicht Schwankungen in der perceptiven Fähigkeit sind, sondern dass sie der Ausdruck der Suggestibilität und der wechselnden Intensität der Aufmerksamkeit sind, es sind dieselben Störungen, die auch bei

vielen Ungebildeten und leichten Graden des Schwachsinns die Aufnahme eines brauchbaren Farbengesichtsfeldes erschweren und oft ganz unmöglich machen.

Bezüglich der Farbenempfindung bei Prüfung mit kleinen Farbenquadraten und mittelst der Wollproben liess sich bei einer verhältnismässig grossen Anzahl, auch abgesehen von den schon erwähnten Kranken, die ein dauerndes centrales Skotom zeigten, oft eine auffällige Unsicherheit, namentlich hinsichtlich der Farben grün, rot und gelb feststellen. Wenn es auch fast immer gelang, mit der Zeit die richtigen Farben zu erhalten, so war doch die Häufigkeit der Verwechselungen bemerkenswert. Diese Torpidität machte sich, abgesehen von der speziell darauf gerichteten Prüfung auch gelegentlich beim Vorzeigen farbiger Bilder geltend und war beim Zustandekommen mancher Verkennungen, auf die ich später zu sprechen kommen werde, von einer gewissen Bedeutung. Die Störung überdauerte das Delir um eine kurze Zeit, nie länger als einen bis zwei Tage. Man wird in diesen Befunden eine gewisse Übereinstimmung mit den Befunden von Magnan und Galezowski, die ich oben erwähnt, finden dürfen.

Alles in allem ergeben die Untersuchungen hinsichtlich der perceptiven Fähigkeit das Resultat, dass die Funktion der Sinnesorgane und die Schärfe der Sinnesempfindung wenigstens bei Prüfung mittelst der der klinischen Untersuchung zu Gebote stehenden Methoden sich intakt zeigt, abgesehen vielleicht von der eben erwähnten Torpidität in der Farbenempfindung.

Das Resultat dieser Untersuchungen ist im Hinblick auf den Zeitaufwand und die Arbeit, die diese Feststellungen erforderten, nicht gerade sehr ergiebig. Aber aus schon erwähnten Gründen hielt ich es für notwendig, dieser Frage systematisch nachzugehen. Der Verzicht auf eine genaue Untersuchung dieser elementaren Fragen erscheint mir vom klinischen Standpunkte ebenso fehlerhaft, wie wenn jemand eine Rindentaubheit diagnosticiert, ohne die Untersuchung des peripheren Hörorganes vorangehen zu lassen.

Als nächste Frage erhebt sich, wie verhält es sich mit der Fähigkeit, bestimmte Empfindungskomplexe mit den Erinnerungsbildern zu identificieren d. h. mit der Fähigkeit, bestimmte concrete Gegenstände von den verschiedenen Sinnesgebieten aus wiederzuerkennen.

Bei der Prüfung des Geruchs liess ich diese Untersuchung aus praktischen Gründen mit der Prüfung der einfachen Sinnesempfindung zusammenfallen.

Im übrigen liess sich für das optische, taktile und akustische Gebiet ohne Schwierigkeit feststellen, dass die Fähigkeit des Wiedererkennens sich auf allen Gebieten intakt zeigt. Auch das Wiedererkennen ganz kleiner Gegenstände ging selbst auf taktilem Gebiete sehr gut.

Im Zusammenhang mit diesen elementaren Prüfungen erwähne ich hier noch die Prüfung des Augenmasses, der optischen Grössenschätzung, deren Prüfung mir notwendig schien, im Hinblick auf die verwunderlichen Antworten, die man gelegentlich bekommt, wenn man Deliranten die Dimensionen eines Fensters, die Höhe eines Zimmers schätzen lässt. Auch bei Kranken, die vermöge ihres Berufes als Zimmerleute oder Maurer einige Kenntnis von den Massverhältnissen haben müssten, bekommt man oft die ungeheuerlichsten Behauptungen, ein Fenster sei 30 m hoch, ein am Boden liegendes Blatt sei 2 m lang u. a. m. Dass derartige Äusserungen nicht auf den Ausfall der Fähigkeit zu schätzen, sondern auf komplizierten illusionären Vorgängen beruhen, ergeben speziell hierauf gerichtete Untersuchungen. Man muss sich zunächst vergewissern, dass der Delirant den Gegenstand richtig erkennt und nichts hineinillusioniert, dann wird die Schätzung annähernd richtig. Halbieren, Dreiteilen aufgezeichneter Linien, Einzeichnen des Mittelpunktes in Kreise, Rhomben, Quadrate werden von allen Deliranten, die zum Verständnis der Aufgaben zu bringen sind, ebenso richtig ausgeführt, wie nach dem Delir.

Bewusstseinszustand. Aufmerksamkeit.

Wer öfters Deliranten untersucht hat, dem fällt es auf, mit welcher Raschheit und Schlagfertigkeit die Kranken mitten aus der tiefsten Desorientiertheit heraus auf Fragen, die hinsichtlich ihrer Personalien oder auch in allgemeinen Dingen an sie gerichtet werden, antworten. Man wird daraus ohne weiteres den Schluss ziehen dürfen, dass eine erheblichere „Trübung" des Bewusstseins nicht besteht; es beruhen ja auch alle die bisherigen Feststellungen auf der Voraussetzung, dass das Bewusstsein des Deliranten klar genug ist, um solche Untersuchungen zu gestatten. Nur in ganz schweren Fällen

von Alkoholdelirien und namentlich bei solchen, die sich direkt an einen epileptischen Anfall anschliessen, hat man Gelegenheit, eine grob wahrnehmbare stärkere Herabsetzung des Bewusstseins, eine Benommenheit zu konstatiren, die sich auch durch den charakteristischen Gesichtsausdruck kundgiebt.

In engem Zusammenhang mit der Frage nach der Klarheit des Bewusstseins steht das Verhalten der Aufmerksamkeit. Wir haben schon bei den bisherigen Untersuchungen gesehen, dass eine Hauptschwierigkeit darin lag, die Aufmerksamkeit zu fixieren. Es ist deshalb ohne Zweifel geboten, der Art der Störung, die hier zu Grunde liegt, näher zu treten. Es handelt sich um keine einheitlich messbare Grösse. In quantitativer Beziehung ist erstens das Maximum der bei grösster Anspannung erreichbaren Aufmerksamkeit zu bestimmen, und abgesehen davon ist es interessant zu wissen, inwieweit das Durchschnittsmass der einen geläufigen Gedankengang begleitenden Intensität der Aufmerksamkeit Veränderungen zeigt, und wie es sich mit der Ablenkbarkeit verhält.

Einen für die klinische Untersuchung brauchbaren Massstab für die Intensität der Aufmerksamkeit hat man in der Feststellung der Empfindungsschwellenwerte (Wernicke u. a.). Als Methode eignet sich am bequemsten die zur Untersuchung des sogenannten Ortssinns der Haut gebräuchliche, indem man mittelst des Stangenzirkels die Entfernung aufsucht, in der 2 gleichzeitige punktförmige Berührungen noch getrennt wahrgenommen werden. Ceteris paribus kann man sagen, je niedriger der Schwellenwert, um so schärfer die Aufmerksamkeit.

Das Verständnis für das Wesentliche an der Manipulation war den meisten Deliranten unschwer beizubringen. Es ist unbedingtes Erfordernis bei jedem Kranken, eine grössere Anzahl von Versuchen zu machen und daraus das Mittel zu ziehen. Ebenso ist wieder mit Sorgfalt auf Vermeidung suggestiver Fragestellung zu achten. Normaler Weise bestehen bekanntlich nicht unerhebliche Schwankungen hinsichtlich des Durchmessers der Empfindungskreise an denselben Hautstellen. Für unsere Untersuchung handelte es sich jedoch nicht um Feststellung absoluter Werte, sondern von Bedeutung war lediglich das Verhältnis der Schwellenwerte innerhalb des Delirs zu dem Befunde nach Ablauf desselben. Als Ort der Untersuchung benutzte ich die glabella und die Fingerkuppe, später ausschliesslich

die Fingerkuppe, weil hier die Aufmerksamkeit leichter zu fixieren war.

Zunächst stellte sich bei diesen Untersuchungen eine Thatsache heraus, die auch schon bei der Gesichtsfeldaufnahme in vielen Fällen deutlich entgegentrat, dass die Concentrierung der Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Sinnesgebiet hier also auf die Haut eine vermehrte Neigung auf diesem Gebiete zu hallucinieren und zu illusionieren hervorruft, ein Verhalten, das für Anstellung von Versuchen natürlich nicht förderlich ist. Vielleicht hängt diese Erscheinung mit der bekannten Erfahrung zusammen, dass man durch genaues Aufmerken auf irgend eine Körperstelle eine Reihe von sonst nicht zum Bewusstsein kommenden Sensationen wahrnimmt.

In manchen Fällen wird dadurch ein völliges Untersuchungshindernis geschaffen.

Auch in anderer Beziehung machte sich eine gewisse Überempfindlichkeit geltend. Ist es schon beim gesunden Menschen nötig, die taktilen Reize nicht zu rasch auf einander folgen zu lassen, weil sonst leicht interkurrente Nachempfindungen sich störend geltend machen, so ist dies beim Deliranten noch in viel weitgehenderem Masse der Fall. Man thut gut, nach jeder Berührung über die Haut zu streichen und erst nach etwa $^1/_2$ M. wieder, nachdem man vorher die Aufmerksamkeit auf den Zweck der Untersuchung fixiert hat, eine erneute Berührung vorzunehmen. Trotz alledem ist es bei vielen Deliranten nicht möglich, brauchbare Resultate zu erlangen, sie fühlen anstatt 2, oft 3, 4 und 5 simultane Berührungen und glauben sich oft berührt, wenn gar keine Berührung stattgefunden hat. —

Dagegen lässt sich eine wichtige Gesetzmässigkeit innerhalb der Fehlreaktionen in so fern konstatieren, als die Parästhesien und taktilen Illusionen an Zahl zunehmen, je näher man dem Schwellenwert kommt, während z. B. Berührung mittelst des Tasterzirkels an der Fingerkuppe bei 6 mm stets nur 2 getrennte Empfindungen wachruft, bekommt man bei weiterer Annäherung der Zirkelspitzen auf 5, 4 und 3 mm ungenaue Angaben. Der Kranke giebt z. B. 3 oder 4 Berührungen an, oder illusioniert nun Gegenstände, auch wenn ihm gesagt worden ist, dass er mehr als 2 Berührungen überhaupt nicht zu erwarten hat.

Das Auftreten vermehrter Illusionen ist hier — und wir werden dies später wieder bestätigt finden, — der Ausdruck einer nicht mehr

ausreichenden Aufmerksamkeit. Der Ort, wo noch mit Bestimmtheit 2 Berührungen unterschieden wurden, war bei 6 mm Distanz. Hier war der Schwellenwert festzusetzen.

In einigen Fällen bot es trotz ausgesprochener deliranter Erscheinungen gar keine Schwierigkeiten, unter Anwendung der oben genannten Cautelen unzweideutige Resultate zu bekommen. Es ergab sich dabei das Durchschnittsresultat, dass während des Delirs die Differenz der Tasterspitzen an der Glabella 15 bis 22 mm betrug, um mit Sicherheit wahrgenommen zu werden. An der Fingerkuppe schwankten die Angaben zwischen 3 und 6 mm. Überall machte sich eine allmähliche, nicht etwa kritisch durch den Schlaf veranlasste, Erholung geltend. Die Normalwerte (glabella 11—13 mm, Fingerkuppe 2 mm) wurden 2 bis 5 Tage nach dem Delir erreicht.

In zwei Fällen betrug der Schwellenwert auch schon während des Delirs wie nachher an der Fingerkuppe 2 mm.

Ich betone nochmals, dass der Wert nicht auf die absoluten Zahlen zu legen ist, sondern dass lediglich das Verhältnis von gesunder zu kranker Zeit von Bedeutung ist.

Im ganzen ergiebt sich, dass während der Delirs der Schwellenwert im Durchschnitt etwas höher liegt, und dass dort, wo die Aufmerksamkeit zu versagen beginnt, ein Plus von Illusionen und Hallucinationen sich bemerkbar macht.

Über das Verhalten der Schwellenwerte auf anderen Sinnesgebieten habe ich keine Untersuchungen angestellt. Die Versuchsanordnung bietet dabei für die Leistungsfähigkeit der Deliranten viel zu grosse Schwierigkeiten.

In gewissem Sinn kann auch an die Messung des Gesichtsfeldes im Sinn einer Aufmerksamkeitsprüfung gedacht werden (Wernicke Grundriss der Psychiatrie p. 75), aber man bekommt hier keine in Zahlen ausdrückbare Bestimmung der Aufmerksamkeitsabnahme. Bei Deliranten, deren Aufmerksamkeit stark herabgesetzt ist, bekommt man überhaupt kein Gesichtsfeld oder ganz wechselnde Werte und regellose Schwankungen. Die psychische Leistung in beiden Versuchsanordnungen ist keineswegs dieselbe. In einem Fall hat der Delirant seine Aufmerksamkeit nur auf eine bestimmte Hautstelle und die dort stattfindende Berührung zu konzentrieren, während beim Perimetrieren in einer verhältnismässig unbequemen Körperhaltung

zentral fixiert und die Aufmerksamkeit dem peripheren Gesichtsfeld zugewandt werden soll. Die Schwierigkeit dieser Aufgabe liegt zumeist darin, dass vom Untersuchten die Unterdrückung eines reflektorischen Aktes verlangt wird, der darin besteht, dass das Auge bekanntlich bestrebt ist, stets den Gegenstand des optischen Interesses zentral zu fixieren. Dieses Moment ist es auch, das beim Unaufmerksamen die Möglichkeit zu perimetrieren besonders erschwert. Ungefähr als Massstab für die Leistungsfähigkeit der Aufmerksamkeit kann man deshalb die Leichtigkeit, mit der die Neigung mit dem Auge vom Fixationspunkt nach der Peripherie zu deviieren unterdrückt wird, betrachten. In Zahlenwerte lässt sich dies aber nicht ausdrücken.

Aus den Schwellenwertsuntersuchungen haben wir entnommen, dass eine gewisse aber keineswegs erhebliche Herabsetzung der Intensität der Aufmerksamkeit besteht. Es ist damit das Wesentliche dessen, was uns als Aufmerksamkeitsstörung beim Deliranten entgegentritt, nicht erschöpft. Die Intensität der Aufmerksamkeit, die wir mittelst der Schwellenwertsprüfung feststellten, ist gewissermassen ein Kunstprodukt. Sie wird erreicht auf Kosten einer ganz ausserordentlichen psychischen Anstrengung des Untersuchers, die auf die Anspornung der Aufmerksamkeit verwendet wird.

Das was geschieht, wenn wir die „Aufmerksamkeit anspornen", ist lediglich, dass wir dem Vorstellungsablauf mehr Intensität verleihen, indem wir ihm dauernd erneute Erregungen von den Sinnescentren (insbesondere vom akustischen Gebiete aus durch Zureden) zufliessen lassen. Spontan d. h. ohne durch solche Erregungen gekräftigt zu werden, hat der Vorstellungsablauf des Deliranten in hohem Masse die Tendenz, an Intensität zu verlieren und zwar bis zu einem Grade, dass die Zielvorstellung nicht erreicht wird. Es treten andere mehr oder weniger nah verwandte Associationen an deren Stelle. Am eklatantesten kommt dies klinisch zum Ausdruck in jenen bekannten Eigentümlichkeiten des Deliranten, sich zu versprechen und Worte zu verwechseln. Bei der unabweisbaren Verwandtschaft, die diese Erscheinung mit der in physiologischer Breite vorkommenden Art von Unaufmerksamkeit hat, die man als Zerstreutheit zu benennen pflegt, soll sie bald hier erwähnt werden. Man trifft diese Erscheinung der Paraphasie beim Deliranten bald mehr bald weniger ausgesprochen an, andeutungsweise findet man sie überall.

Die folgenden beiden Auszüge aus Protokollen über zwei Deliranten geben ein charakteristisches Bild der Eigenart dieser Störung:

Wie viele Kinder haben sie? 2 Töchter.

Wie alt sind diese? Die erste ist 74 geboren die zweite 24.

Wann ist die zweite geboren? Ein Jahr drauf gleich 84 (korrigiert sich) 45.

Wann ist sie geboren? 84, nein 45.

Passen Sie doch auf! wann ist Ihre zweite Tochter geboren? 1844, ich versprech mich eben immer.

Wann war der deutsch-französische Krieg? 20 und 21 (korrigiert sich), eben 70, 21 bis 71, nein 20 und 21, 20 und 21 wollte ich sagen; nach einiger Zeit nach Wiederholung der Frage? 30 und 31; 14 8 33.

Haben Sie den Feldzug mitgemacht? Das war im November, 73 im Juni wird's gewesen sein bei Weissenburg.

Wann war der Krieg gegen Österreich? 66.

Gegen Frankreich? 64, nein 84, 83.

Wann war die Schlacht bei Sedan? 2. September, es sind jetzt gewesen 26 Jahr 1834.

Wann war der Geburtstag des alten Kaisers? 77. März.

Wann haben Sie gedient? 69—73.

Einige Minuten später:

Wann war der deutsch-französische Krieg? 70—71;

Geburtstag des Kaisers? 22. März.

Geburtstag der 2. Tochter? 1875.

Auch die übrigen Fragen werden jetzt richtig beantwortet.

Ganz ähnliches zeigt das Protokoll eines anderen Deliranten:

Wann sind Sie geboren? 58.

Wie alt sind Sie jetzt? 68 J. (korrigiert sich dann) 39.

Wann ist Ihr Geburtstag? am 59. März.

Das ist ja Unsinn, wann sind Sie geboren? 58 bin ich geboren.

Wann sind Sie beim Militär eingetreten? 68 bin ich eingetreten, vielmehr 59, und 81 abgegangen.

Da hätten Sie 22 Jahre gedient? Nein 3 (sagt jetzt richtig) 79 bis 82.

Welches Jahr jetzt? 96 (korrigiert sich dann) 97.

Dass die falschen Antworten in diesen Protokollen nicht als Ausdruck eines eigentlichen Kenntnisdefektes aufzufassen sind, bedarf

wohl keiner Erörterung, nachdem festgestellt ist, dass die Kranken nach wenigen Minuten richtig antworten. Wir haben es mit einer Art der verbalen Paraphasie zu thun, die sich von den bei organischen Erkrankungen in der Sprachsphäre zu beobachtenden ohne weiteres unterscheidet. Es werden nur associativ verhältnismässig nah verwandte Wortbegriffe verwechselt. In den vorliegenden Beispielen handelt es sich fast ausschliesslich um Zahlbegriffe. Es liegt dies zumeist an der Fragestellung. Wir werden später auch andere Beispiele kennen lernen; immerhin ist die Störung bei einer Fragestellung, die dem Deliranten zu einer Auswahl unter Zahlbegriffen veranlasst, fast stets am deutlichsten zu demonstrieren.

Inhaltlich lässt sich aus den Antworten durchweg soviel entnehmen, dass der Sinn der Frage richtig erfasst ist. Ebenso lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass die falschen Resultate nicht durch Raten zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu Stande kommen, denn es wird wahllos eine beliebige Zahl an Stelle der richtigen gesetzt; dass nicht viel Überlegung dabei mit unterfliesst, lässt sich schon aus der Geschwindigkeit der Reaktion entnehmen. In einigen Antworten scheint das Symptom der Perseveration eine gewisse Bedeutung zu haben, das sonst gerade bei den Alkoholdeliranten im Unterschied zu dem Delirium der Epileptiker eine ausserordentlich geringe Rolle spielt.

Wenn man sich frägt, woher diese eigentümliche Tendenz des Vorstellungsablaufs sich vorzeitig zu erschöpfen kommt, so liegt der Grund einerseits vielleicht in einer primären Schwäche, wie sie auch in dem Höherliegen des Schwellenwerts zum Ausdruck kommt; eine andere Ursache liegt ohne Zweifel in den zahlreichen interkurrenten Reizen, die in dem Deliranten ihrerseits wieder Vorstellungsreihen auslösen und so einen Energieverlust in dem primären Gedankengang bedingen.

Methodisch dem Grade der Ablenkbarkeit näher zu treten, ist ausserordentlich schwer. Die übliche Methode, den Ablauf eines längeren Vorstellungsablaufs durch interkurrente Reize zu stören, verbietet sich aus begreiflichen Gründen, da sich zu den artefakten Reizen die zahlreichen im Delirantengehirne sich abspielenden Erregungen summieren.

Ein summarisches Bild von dem Grade der Ablenkbarkeit bekommt man aus der Anstrengung, die der Untersucher bei irgend einer

Versuchsanordnung zur Fixierung des Deliranten zu verwenden hat, und man kann sagen, die psychische Energie, die hierzu Seitens des Untersuchers erforderlich ist, mit anderen Worten die Häufigkeit, mit der ein Vorstellungsablauf beim Deliranten durch erneute Anregungen von dem sensorischen Centrum aus unterstützt werden muss, ist proportional der Ablenkbarkeit des Deliranten. Soviel ist jedenfalls sicher, dass die Ablenkbarkeit nicht immer zur Zeit der zahlreichsten Sinnestäuschungen am grössten ist. Man findet sie im Gegenteil in manchen Fällen gegen das Ende des Delirs, wo die Erregung schon nachgelassen hat, am ausgesprochensten.

Es ist hier der Ort, eigentümliche Schwankungen der Aufmerksamkeit, die sich bei den Untersuchungen bemerkbar machen zu erwähnen.

Man stösst, wenn man z. B. eine Gesichtsfeldaufnahme bei einem Deliranten vornehmen will nicht selten auf Zustände, die man in gewissem Sinne als lucida intervalla bezeichnen könnte [1]).

Nachdem man sich oft lange gemüht hat, den Deliranten zu perimetrieren und lange Zeit keinen Erfolg gehabt hat, gelingt es oft plötzlich ihn auf Minuten prompt zu fixieren, so dass man annähernd mit derselben Leichtigkeit wie beim Gesunden die Gesichtsfeldaufnahme bewerkstelligen kann. Diese Intermissionen bilden eine auffällige, jedem bei der Untersuchung Anwesenden in die Augen springende Erscheinung. Dass es sich nicht darum handelt, dass der Delirant allmählich durch eine Art Übung zum Verständnis der Untersuchung gebracht worden ist, geht daraus hervor, dass solche Intervalle mitunter auch bald im Beginn der Untersuchung beobachtet worden, und dass es nach Ablauf eines solchen Intervalls dann wieder gänzlich unmöglich ist, brauchbare Angaben zu bekommen.

Dieselbe Beobachtung macht man bei der Untersuchung der Schwellenwerte.

Worin die Ursache für diese Schwankungen gelegen ist, ist nicht leicht zu sagen. Das nächstliegende ist die Annahme, dass es sich um Intermissionen von zuvor störenden Hallucinationen und Illusionen handelt.

Man beobachtet aber die Schwankungen auch da, wo die zuvor bestehende Schwierigkeit der Untersuchung nicht ausschliesslich auf Rechnung von interkurrenten Sinnestäuschungen gesetzt werden kann.

---

[1]) Um lucida intervalla in strengem Sinne handelt es sich selbstverständlich nicht, da der Delirant nach wie vor desorientiert bleibt.

Auch in den vorhin aufgeführten Protokollen über die bei Deliranten zu beobachtende paraphasiche Störung, stossen wir in dem ersten Beispiele auf eine ähnliche Erscheinung. Nach einem Stadium, in dem kaum eine richtige Antwort zu erhalten ist, kommt gleich darauf eine Schwankung, in der wir keine einzige paraphasische Antwort treffen.

Auch in anderer Richtung habe ich ein allerdings vereinzelt dastehendes Beispiel, wo sich die Störung auf sensorischem Gebiete abspielte. Ein Delirant, der sich von Anfang an durch häufiges „Verhören" auszeichnete, zeigte Schwankungen, die von einfachem falsch Verstehen bis zu Zuständen gänzlichen sprachlichen Unverständnisses, während deren der Kranke durch sprachliche Aufforderung nicht zum Zeigen der Zunge, zum Geben der Hand, zum Augenschluss etc. zu veranlassen war, sich steigerten. Nach wenigen Minuten war diese Störung wieder restituirt.

Man wird versucht, an periodische Schwankungen der Rindenfunktionen, wie sie von Stern[1]) beschrieben worden sind, zu denken. Der rythmische Charakter, der dort vorherrscht, fehlt hier allerdings gänzlich.

Merkfähigkeit. Rückerinnerung. Confabulation.

Unter Merkfähigkeit versteht Wernicke die elementare Fähigkeit, sich etwas im Gedächtnis einzuprägen; von anderen Autoren wird dieselbe Funktion als Erinnerungsfähigkeit bezeichnet, manche trennen sie vom Begriffe Gedächtnis überhaupt nicht ab. Systematische Untersuchungen am Gesunden liegen von Ebbinghaus vor. Einen Massstab für die Merkfähigkeit hat man in der Bestimmung der Zeitdauer, während deren z. B. aufgegebene Worte oder Zahlen im Gedächtnis haften. Es stellen sich dabei gewisse Gesetzmässigkeiten heraus, die Zahlen sind aber naturgemäss stets nur von relativem Werte, da das Haftenbleiben in hohem Masse von dem vorhandenen Bewusstseinsinhalt, von der Reichhaltigkeit der Associationen, die das aufgegebene Wort im einzelnen Falle auslöst, sich abhängig zeigt. Wenn man ein annäherndes Mass für die einfache elementare Aufnahmefähigkeit für neue Eindrücke haben will, so ist es notwendig, möglichst fremde Elemente zum Versuch zu benutzen. Aber auch bei anscheinend völlig sinnlosen Silbenzusammenstellungen

[1]) Archiv für Psychiatrie Bd. 26.

findet man doch bei jedem Individuum unter äusserlich sonst gleichen Bedingungen verschiedene Resultate, weil sich Silbenzusammenstellungen von gleicher associativer Kraft nicht finden lassen. Für die vorliegende Untersuchung kommt es nicht darauf an, absolute Werte zu bekommen. Es handelt sich lediglich darum, festzustellen, inwieweit diese Fähigkeit bei der Untersuchung während des Deliriums und nach der Erkrankung Verschiedenheiten aufweist. Die Feststellung des Verhaltens der Merkfähigkeit hat, abgesehen von der principiellen Bedeutung dieser elementaren Bewusstseinseigenschaft für die klinische Auffassung deshalb ein besonderes Interesse, weil uns bekannt ist, dass eine andere auch mit Vorliebe im Gefolge des Alkoholismus auftretende Geisteskrankheit, die polyneuritische Psychose als fundamentales Symptom eben einem nahezu gänzlichen Verlust der Merkfähigkeit zeigt. Die keineswegs sehr seltene Erscheinung, dass zunächst unkompliciert erscheinende Alkoholdelirien nicht kritisch zur Heilung kommen, sondern sich in die Länge ziehen und mehr und mehr den Charakter der polyneuritischen Psychose annehmen, weist auf eine innere Verwandschaft der beiden Processe hin und legt es nahe, der Untersuchung der Merkfähigkeit ein besonderes Interesse entgegenzubringen.

In der Beurteilung der Resultate war eine gewisse Vorsicht geboten. Es hängt auch hier wieder viel von der Art der Untersuchung ab, was man für Werte bekommt. Wenn man einen Deliranten mit demselben Aufwande von Energie prüft, wie einen Geistesgesunden, so wird in der grossen Mehrzahl der Fälle die Merkfähigkeit gleich Null erscheinen, aus dem einfachen Grunde, weil die Aufmerksamkeit nicht hinlänglich fixiert worden ist. Wie bei den früheren Untersuchungen, so erfordert es auch hier eine gewisse Geduld, bis man sicher sein kann, dass der Delirant seine Aufgabe richtig erfasst hat. Man darf nie versäumen, sich die Aufgabe von dem Kranken womöglich mehrere Male wiederholen zu lassen. Auf akustischem Gebiete macht sich dabei die schon erwähnte Erscheinung der Parakusie und Paraphasie oft störend bemerklich.

Hinsichtlich der Untersuchungsmethodik erschien es mir wünschenswert, die verschiedenen Sinnesgebiete getrennt zu prüfen. Schon gelegentlich der Aufmerksamkeitsprüfungen mittelst des Schwellenwerts für den Ortsinn der Haut, ebenso bei den Untersuchungen der Gesichtsfelder war mir aufgefallen, dass die Neigung zu illusionieren und zu hallucinieren nicht alle Sinnesterritorien gleichmässig beteiligt,

sondern man findet oft erhebliche Differenzen z. B. auf optischem Gebiete so zahlreiche interkurrente Illusionen, dass dadurch die Untersuchung fast ganz unmöglich wird, auf taktilem so gut wie gar keine oder jedenfalls viel weniger. Der Gedanke lag nahe, dass sich hinsichtlich der Merkfähigkeit vielleicht Differenzen in den Sinnesterritorien bemerkbar machen. Für das taktile Gebiet erwies sich keine Methode als ausreichend.

Auf akustischem bediente ich mich der bekannten Methode, Aufgeben mehrstelliger Zahlen, Silbenzusammenstellungen, unbekannter Worte, die der Kranke nach einer bestimmten Zeit zu wiederholen hat, oder auch Niederschreiben einer langen Zahl nach Ablauf einiger Sekunden. Notwendig ist, dass man darauf achtet, dass der Kranke in dem Stadium, das zwischen der Aufgabe und dem Moment der Reproduction liegt, nicht Zeit findet, sich die Aufgabe in Gedanken zu wiederholen. Er muss in dieser Zeit auf etwas anderes abgelenkt werden, was beim Deliranten bekanntlich keinerlei Schwierigkeiten hat. Die Schwankungen, die man hinsichtlich der Resultate erhält, sind sehr erheblich und man wird schon dadurch darauf hingewiesen, den einzelnen Zahlenwerten nicht zuviel Bedeutung beizumessen. Im ganzen ergiebt sich aber, dass die Merkfähigkeit für Zahlen und Worte ganz erheblich reduziert ist, im Vergleich zum Gesunden. Schon nach $^1/_4$ und $^1/_2$ Minute findet man oft 4stellige Zahlen, 5—6silbige Buchstabenzusammenstellungen gänzlich verschwunden. Länger als auf die Dauer von 4—5 Minuten sieht man nur ganz ausnahmsweise die Merkfähigkeit für diese Aufgaben andauern. Wenn man die Aufgabe so stellt, dass man 6stellige Zahlen dem Kranken vorsagt, ihn wiederholen lässt und nach 10 bis 20 Sekunden ihn auffordert, sie niederzuschreiben, so bekommt man während des Delirs ausnahmslos falsche Resultate und zwar werden meist zwei Stellen oft sogar noch mehr falsch niedergeschrieben. Nach dem Delir, oft schon wenige Stunden nach dem Schlaf war diese Fähigkeit schon wesentlich gebessert.

Um die Merkfähigkeit auf optischem Gebiete zu prüfen, wählte ich zunächst die Methode, dem Kranken eine grössere Anzahl kleiner Genrebilder, die eine gewisse Ähnlichkeit mit einander hatten, vorzulegen, und ihm unter diesen eins zum Behalten aufzugeben. Die Resultate waren wesentlich besser als auf akustischem Gebiete. Die Bilder wurden durchweg nach einigen Minuten noch erkannt,

selbst wenn sie schon beim ersten Anblick illusorisch missdeutet worden waren. Oft gelang es dem Kranken noch nach einer halben Stunde die richtigen Bilder auszusuchen.

Es wäre verfehlt, aus diesem Verhalten ohne weiteres auf eine Differenz der Merkfähigkeit in optischer und akustischer Beziehung zu schliessen und etwa eine geringere Schädigung des Occipitalhirns in Bezug auf die elementare Fähigkeit, Eindrücke zu behalten, anzunehmen. Der Grund für die Differenz liegt in der Methode und zwar zunächst in der Schwierigkeit, das optische Element der Merkfähigkeit isoliert zu prüfen, es schliessen sich stets eine Menge auxiliärer, inhaltlicher und sprachlicher Associationen an.

Bis zu einem gewissen Grade lässt sich diese Fehlerquelle dadurch eliminieren, dass man den durch die optische Wahrnehmung wachgerufenen inhaltlichen und Wort-Associationen für alle vorgelegten Objekte eine ungefähr konstante Grösse verleiht, indem man inhaltlich ganz ähnliche Objecte wählt z. B. Serien von Schmetterlingen, deren Unterschiede lediglich in Nüancen der Zeichnung bestehen,

Thatsächlich erweist sich dabei die Zeit des Haftens auch erheblich kürzer. Die Schärfe des Erinnerungsbildes ist dann meist auch nach wenigen Minuten schon so abgeblasst, dass das Herausfinden des aufgegebenen Bildes unmöglich wird. Bei dieser Methode spielten individuelle Unterschiede eine gewisse Rolle, und man muss berücksichtigen, dass an die Aufmerksamkeit, an die Schärfe der Beobachtung hier grosse Anforderungen gestellt werden. Man wird deshalb vorsichtig sein müssen in der Beurteilung, inwieweit diese Schwierigkeit im Behalten ausschliesslich einem Defekt am Merkvermögen zuzuschreiben ist. Eine Differenz zwischen akustischem und optischem Gebiete lässt sich jedenfalls auf Grund der Versuche nicht behaupten; wahrscheinlich sind beide gleichmässig an der Schädigung beteiligt.

Eng verwandt mit der Merkfähigkeit ist naturgemäss die Fähigkeit der Rückerinnerung. Ein totaler Ausfall der Merkfähigkeit muss sich nachträglich als Erinnerungsdefekt nachweisen lassen und es giebt ohne Zweifel Erinnerungsdefecte, die lediglich als Folge der herabgesetzten Merkfähigkeit zu betrachten sind.

Das Delirium zeigt in dieser Beziehung ein sehr wechselndes Verhalten, bald scheint die Erinnerung an das Delir gut erhalten, in anderen Fällen scheint sie gänzlich erloschen. Bei genauer Unter-

suchung erweist sich, dass Erinnerungsdefekte für den Verlauf des Delirs stets vorhanden sind, und dass andererseits gänzliche Amnesie nie besteht.

Schon während des Delirs erweist sich in allen Fallen die Vorstellung von der zeitlichen Succession der Ereignisse seit der Zeit der Erkrankung am meisten geschädigt. Die Zeiträume werden ausserordentlich falsch taxiert. Eine um Stunden oder vielleicht einen halben Tag zurückliegende Perimetrierung oder eine andere längere Zeit in Anspruch nehmende Untersuchung wird oft auf viele Tage zurükliegend geschätzt. In manchen aber immerhin seltenen Fällen ist sie auch ganz dem Gedächtnis entschwunden.

Man findet bekanntlich nicht selten Deliranten, die über ihre psychotischen Erlebnisse während des Delirs eine einheitliche und anscheinend in chronologischer Folge sich abspielende Geschichte zu erzählen wissen. Wenn man während des Delirs selbst genau gefolgt ist, so lässt sich stets kontrollieren, dass ausnahmslos grosse dazwischenliegende Zeiträume der Amnesie verfallen sind. Im ganzen bestätigt sich innerhalb des Delirs das Gesetz, das auch die psychologische Erfahrung des Alltagslebens uns offenbart, dass die Vorstellungen, die mit persönlichen Beziehungen und Affektbetonung verknüpft sind, deutlicher in der Erinnerung haften.

Es ist kein Zufall, dass gerade die Psychosen, bei denen der Defekt an Merkfähigkeit eine dominierende Rolle spielt, auch eine charakteristische Form der Erinnerungsfälschung zeigen. Auch bei Deliranten stossen wir auf eine ähnliche Erscheinung. Für die Mehrzahl der Erinnerungsfälschungen beim Delir lässt sich bei genauer Beobachtung ohne Zweifel die hallucinatorische Genese nachweisen. Diese gehören nicht hierher.

Aber gerade die für Kranke, denen die Erinnerung für das Nächstliegende fehlt, charakteristische Art der Confabulation, die gewissermassen ein Augenblicksprodukt ist und lediglich dazu dient, eine momentane Unsicherheit der Rückerinnerung zu larvieren, treffen wir beim Deliranten ganz gewöhnlich. Man wird einen bettlägerigen Deliranten bei der Frage, wo er seine Hosen, seinen Hut, sein Handwerkszeug hat, nie verlegen finden. Er hat jederzeit eine Antwort parat: er habe sie eben in den Schrank gehängt, sein Handwerkszeug sei gestohlen etc. Man wird nicht annehmen dürfen, dass diese Äusserungen, die mit derselben Stereotypie, wie die landläufigen Verlegenheits-

konfabulationen der Senilen wiederkehren, immer auf illusionierte Erlebnisse zurückzuführen sind.

Das eigentliche Gedächtnismaterial, der geistige Besitzstand aus früherer Zeit wird durch das Delirium tremens nicht wesentlich alteriert, wie von Wernicke seit langem in der Klinik betont wird. Die Kranken sind fast ausnahmslos sehr gut in der Lage über ihre Personalien, ihre Familien- und Verwandschaftsverhältnisse, Geburtstage, Lebensgang, Geschäftsverhältnisse, allgemeine Zeitereignisse, je nach ihrem Bildungsgrade, Auskunft zu geben, soweit es sich nicht um kombinatorische Thätigkeit handelt. Davon später.

Im Hinblick auf den Orientierungsverlust des Deliranten erwähne ich noch hier, dass auch die optischen Vorstellungskomplexe, durch welche uns die räumliche Folge, die Orientierung an einem Orte etc. vermittelt wird, intakt sind. Deliranten die in ihrer augenblicklichen Orientierung gänzlich beirrt sind, beschreiben ihre Wohnung, den Gang zur Arbeitsstelle, beliebige Wege, die man sie aus dem Gedächtnis reproducieren lässt, richtig.

Versuche über Illusionen und Hallucinationen.

Die Mehrzahl früherer Untersucher hat sich hinsichtlich der Sinnestäuschungen beim Delirium tremens damit begnügt, die bei der Beobachtung des unbeeinflusst verlaufenden Delirs sich ergebenden Erscheinungen zu beschreiben, und es sind auf diesem Wege in der Litteratur eine grosse Anzahl von Einzelheiten namentlich hinsichtlich des Inhalts der Sinnestäuschungen niedergelegt worden. Auf diese möchte ich mich hier im Detail zunächst nicht einlassen.

Auf die Bedeutung der Anwendung variierter Versuchsbedingungen zur Vertiefung der Kenntnis der Hallucinationen und der krankhaften Elemente des Vorstellungsverlaufs überhaupt ist neuerdings wieder mit Recht von Ziehen (Monatsschrift für Psych. und Neurologie. I. p. 102) hingewiesen worden. Schon bei Prüfung der Empfindungskreise und bei der perimetrischen Bestimmung des Gesichtsfeldes haben sich uns eine Reihe von Eigentümlichkeiten hinsichtlich der Illusionen und ihres Verhältnisses zur Aufmerksamkeit ergeben. Ich beschreibe im Folgenden die Ergebnisse von Versuchen, die sich hauptsächlich auf das optische Gebiet erstrecken.

Schon das einfache Lesenlassen bietet manches Bemerkenswerte.

Weiterhin habe ich den Einfluss untersucht, den die Verschiedenheit der Druckgrösse der Buchstaben, die gewohnte oder ungewohnte Form der Buchstaben, die Fremdartigkeit der Silbenzusammenstellungen und der Wortbilder auf das Zustandekommen von Illusionen ausübt.

Ein bequemes Mittel für diese Untersuchungen bilden die Snellenschen Leseproben.

Um den Einfluss der Schriftgrösse kennen zu lernen, lässt man die Probesätze von 0,5 bis 5,2 m auf die übliche mittlere Entfernung ablesen.

Es ergiebt sich dabei zunächst die Erscheinung, dass mit dem Kleinerwerden des Druckes die Zahl der Fehlreaktionen entsprechend zunimmt. Es handelt sich aber nicht bloss um Fehlreaktionen, wie wir sie auch sonst beim Lesen als Folge einer Aufmerksamkeitsstörung, namentlich bei Ermüdungszuständen, antreffen, sondern es spielt ein hallucinatorisches Element mit herein.

Ich lasse zunächst zum Beleg Beispiele aus meinen Protokollen folgen:

Bureauschreiber F., Myop, liest nach dem Delir kleinste Druckschrift auf 10 cm fehlerlos. Während des Delirs liest er den Text: „Aber eben das seltsame Schicksal dieses Mannes führt zugleich etwas grosses, etwas erhabenes mit sich, das dem unbefangenen Beobachter“ etc. folgendermassen: „3 3 0 6 a. n. d. 3 95 5 8 Setzbäume Zugesin für ein Ziehreich ohne von durchaus achten, steht und von der Anzug 964 dürfte davon für sich selbst fristen“.

Ebenso liest er bei Grösse 0,6 noch ganz paraphasisch ohne ein einziges richtiges Wort.

Bei intensiver Anspannung gelingt es den Kranken, sowohl bei 0,5 als auch bei 0,6 zum richtigen Lesen einzelner Buchstaben zu bringen.

Bei 0,8 liest er spontan unter 50 Worten 6 Worte richtig, den Rest ganz im Sinne des ersten Beispiels mit ganz paraphasischer Wortbilduug.

Bei Schriftgrösse 2 m liest er nach dem Text: „Stimme des Reichtums. Mutwille und Hunger begeisterten jene, diese Rache, Eigentum, Leben und Religion. Mazarins Triebfeder war Habsucht“ folgendermassen: „Stimme silent Reichtum, Motwilfe und Rasker begeisterten scheer, diese Rache, Eigentum, Leben und Religion, wie Azarias periebessennal triebscher Herschsucht“.

Bei 5,2 kommen gar keine Fehler mehr vor. Subjektiv hatte der Kranke bei dieser Probe keine Spur von Empfindung dafür, dass ihm das Lesen der kleinen Schriften etwa grössere Schwierigkeit mache als der grosse Druck. Als ihm später, nachdem er einmal geschlafen hatte und er psychisch annähernd klar war, derselbe Druck vorgelegt wurde, sagte er bei 0,5 Druckgrösse ohne weiteres, „das wird nicht gehn ohne Brille", las aber dann doch unter grosser subjektiver Anstrengung richtig ab.

Ähnlich ist das folgende Beispiel.

Fleischer Sch. liest nach dem Delir ohne Correktur die Grösse 1,3 bei 0,5 cm Entfernung.

Während des Delirs liest er den Text: 0,5: „Aber eben das seltsame Schicksal dieses Mannes führt zugleich etwas grosses, etwas erhabenes mit sich", nachdem er zunächst sagt, es sei wohl zu klein zum lesen, folgendermassen: „Wäre von Gott alles hat, („es verschwimmt alles") seis genug ihm ist kein Gott, wie sie sonst rufen, zu ihrer Ewigkeit, dass das arme".

Bei 1,3 Text: angeborenen Freiheit in eine ungewohnte Knechtschaft hinüber; es war natürlich, dass die Frauen wider in Unterwerfung und die niederländischen Unruhen.

Gelesen: „Erinnerung hinaus, angestorben, angesprochen genug ist ein Kind vom Armenhause Krankenhause her. Heisst der Geist so innig komm, so angenehm". Nochmals energisch angehalten, das erste Wort („angeboren") richtig zu lesen, buchstabiert er langsam „angebarmung" und dann weiter „Arm in Arm es muss hinaus".

Bei 2,5 Text: menschlich und sanft; dieser hart, gebieterisch, grausam. Der französische Minister suchte in der Zuneigung seiner Königin seine Zuflucht vor dem Hasse der.

Gelesen: Armenhaus, a brmal sprechendes hinaus Kind muss sie naus. Anstiftung und naus dieser der Herr geworden.

Bei 3,2 Text: Magnaten und der Wut des Volkes; der niederländische Minister forderte.

Gelesen: Wegen Exemplung und an der Wand wird der Wunsch der Stolz fordert befindet niederländische Minister.

Erst bei dieser Grösse werden vereinzelte Worte spontan richtig gelesen.

Bei 4,2 und 5,2 wird ohne Fehler gelesen.

Bei einer späteren wenige Stunden nach dem Schlafe vorge-

nommenen Untersuchung wurden schon bei Druckgrösse 2 m einzelne Worte richtig gelesen.

Bemerkenswert ist, dass bei 1,3, der Druckgrösse, die bei $^1/_2$ m Entfernung in gesundem Zustande gelesen wird, auch während des Delirs das Wort „angeboren" annähernd richtig als „angebarmung" gelesen wird, und andererseits, dass eine Druckgrösse, die auch in gesunden Tagen für ihn unterhalb der Grenze des Lesbaren liegt, den Kranken nicht hindert, darauf los zu lesen.

Nicht bei allen Kranken findet man diese Lesestörung in solch hervorragendem Masse ausgesprochen, aber vorhanden ist sie in allen Fällen.

Aus den angeführten Beispielen geht ohne weiteres hervor, dass es sich bei dieser Art von Paralexie nicht lediglich um das auch physiologisch vorkommende „Verlesen" handelt. Die Intensität der Störung spricht dagegen; es lassen sich auch in einer grossen Anzahl von Fehlreaktionen nicht einmal Rudimente der vorgelegten Worte erkennen. Die Bestimmtheit, mit der der Delirant das falsche Wort und den falschen Buchstaben zu sehen behauptet, die eigentümliche Art, mit der er manchmal buchstabierend das sinnlose Buchstabenkonglomerat zusammenliest, lassen keinen Zweifel, dass wirklich ein hallucinatorisches Element mit im Spiel ist. Es handelt sich um Buchstaben- und Worthallucinationen, die durch die Umrisse der Druckschrift angeregt werden. Gelegentlich machen sich beim Lesen interkurrent auch andere Illusionen geltend, ein Kranker sah plötzlich das Bild eines Fünfpfennigstück, ein anderer das von „Pferden und Schimmeln".

Die zunächst auffällige Erscheinung, dass dem Kranken die Wahrnehmung der Grenze ihres deutlichen Sehens abhanden kommt, ist nur dadurch zu erklären, dass eben an Stelle der verschwommenen Druckschrift Hallucinationen, die wirlichen Buchstabenbilder an Deutlichkeit nichts nachgeben, treten. Sobald die Neigung zum Halluciniren gegen das Ende des Delirs zurücktritt, tritt in den Äusserungen „es verschwimmt mir alles", „es ist alles neblig", „das geht schlecht ohne Brille" die subjektive Wahrnehmung des erschwerten Sehens wieder hervor.

Es hat sich also ergeben, dass mit dem kleiner Werden der Druckgrösse die Zahl der Illusionen zunimmt: je kleiner die Netzhautbilder, um so leichter illusorische Verfälschung des

Empfindungskomplexes, dabei bei Fixierung der Aufmerksamkeit dieselbe Sehschärfe wie in gesunden Tagen.

Wir stossen hier auf eine ähnliche Erscheinung wie auf dem Gebiete der Hautempfindung. Auch hier fanden wir bekanntlich, je näher man der Grenze der Empfindungsschwelle kam, um so mehr trat das illusorische Element hervor.

Inwieweit noch ausserdem eine Störung der Akkomodation mit im Spiele ist, lässt sich objektiv schwer feststellen.

Es mag sein, dass eine gewisse Schwäche insofern besteht, als es dem Kranken schwer fällt, längere Zeit für geringe Entfernung akkomodiert zu bleiben. Die Eigentümlichkeit, dass die Kranken bei kleinster Schrift die ersten Buchstaben richtig lesen und erst dann in die eigentümliche Paralexie hereingeraten, rührt vielleicht von einem raschen Nachlassen der Akkomodation her.

Ähnliche Verhältnisse wie bei Wechsel der Druckgrösse ergaben sich bei Wahl verschiedener Schriftformen. Im allgemeinen wird von den Deliranten in mittlerer Druckgrösse bei deutscher Druckschrift weniger illusioniert als bei lateinischer. Ganz ausserordentlich gross wird die Zunahme des hallucinatorischen Elementes, wenn man lateinischen Druck und dazu noch fremdartige Wortbilder einer unbekannten Sprache wählt. Endlich erweist sich auch die Kürze des Wortes von Einfluss, je länger das Wort, um so grösser die Neigung zur Eigenproduktion.

Aus allem ergiebt sich eine konstante Beziehung zwischen der Schwierigkeit der psychischen Leistung und der Neigung zu Illusionen.

All die Eigentümlichkeiten, in denen sich die sog. Unaufmerksamkeit beim Lesen dokumentieren kann, treten beim Deliranten in ausgesprochenster Weise hervor. Das unterscheidende besteht aber in positivem Zuwachs an hallucinierten Elementen, die den Defekt überkleiden.

Die Beziehungen, die wir bisher schon zwischen der Aufmerksamkeit und dem Zustandekommen der Hallucinationen gefunden haben, die Beobachtung, dass die Neigung auf einem Sinnesgebiete zu hallucinieren zunimmt mit dem kleiner Werden der Empfindungskreise, führen mich auf die bemerkenswerten Untersuchungen von Liepmann. Liepmann ist in einer eingehenden Arbeit der experimentellen Erzeugung von Hallucinationen näher getreten, indem er die Einwirkung

von Druck auf den Augapfel auf das Zustandekommen von Visionen beim Delirium tremens studierte. Es hat sich ihm dabei ergeben, dass der Druck auf den Augapfel thatsächlich in einer grossen Anzahl von Fällen Hallucinationen des Gesichts zur Folge hat, Hallucinationen, die auch hinsichtlich des Inhalts eine gewisse Übereinstimmung zeigen. Die Richtigkeit dieser Beobachtung konnte ich an meinem Deliranten in vollem Umfange bestätigen, dagegen vermag ich die Auffassung, die Liepmann diesen Befunden zu Teil werden lässt, nicht zu teilen. Seine Beweisführung ist in folgenden Sätzen enthalten: „Bei den Druckvisionen hat man den strikten Nachweis einer ätiologischen Abhängigkeit der Hallucinationen vom peripheren Reiz. Den Reiz erzeugen wir selbst. Wir kennen seine Wirkung auf den Gesunden. Wir sehen hier seine Wirkung auf den Kranken". Nach Liepmann ist hiernach das Wesentliche und Ausschlaggebende zum Zustandekommen dieser Visionen in der peripheren Reizung des opticus zu erblicken.

Es ist schon gelegentlich der Diskussion über diese Befunde von Möli die Frage erhoben worden (Neurolog. Centralblatt 14. Bd. p. 39) ob der Faktor der Aufmerksamkeit in der Beurteilung hinreichende Berücksichtigung gefunden habe. Dieser Einwand ist sicherlich berechtigt nach all dem, was wir bisher gesehen haben, und ich glaube, es lässt sich aus dem Nachfolgenden mit ziemlicher Bestimmtheit entnehmen, dass dem Druck auf den Augapfel im Vergleich zu der Rolle, welche centrale Vorgänge bei diesen Versuchen spielen, nur eine sekundäre Bedeutung zukommt.

Liepmann selbst führt Fälle an, und ich selbst habe auch solche beobachtet, in denen Deliranten schon bei offenen Augen im Dunkelzimmer oder bei tuchbedeckten Augen, einmal sogar bei offenen Augen und Tageslicht, dieselben Hallucinationen hatten, wie er sie sonst durch Druck auslöste, und er hält es für zweifellos, dass hier eine besonders erhöhte Erregbarkeit des opticus bestand. Ich glaube, man kann mit demselben Recht an eine centrale Hyperästhesie denken.

Die hauptsächlichsten Gründe, die mich zu der Annahme veranlassen, dass beim Zustandekommen der Druckvisionen das Wesentliche in der Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Gesichtsinn besteht, sind im Folgenden enthalten.

Man kann Deliranten, mit denen Druckversuche noch nicht angestellt worden sind, längere Zeit und heftig auf die Augen drücken,

ohne dass es ihnen einfällt, eine Äusserung zu thun, die darauf hinweist, dass sie Gesichtshallucinationen haben, selbst allgemein gehaltene Fragen, die es vermeiden, den Kranken speziell optisch zu interessieren, wie: Ist Ihnen etwas? Was ist denn los? u. a. sind nicht ausreichend, um ihn zu Visionen zu bringen. Erst die Frage: Sehen Sie etwas? oder was sehen Sie? löst dann nach einigen Sekunden oder später die Hallucinationen aus. Man kann hier natürlich einwenden, der Kranke hatte die Hallucinationen schon vorher, er sprach nur nicht davon. Im Hinblick auf die elementare Eigenschaft der Hallucinationen, zwangsmässig die Aufmerksamkeit für sich in Anspruch zu nehmen und auf die bekannte Eigenschaft des Deliranten, sprachlich oder in anderen Bewegungsäusserungen auf seine Sinnestäuschungen zu reagieren, hat dieser Einwand wenig Beweiskraft.

Ein zweites Moment, das gegen die Liepmann'sche Deutung spricht, sehe ich in Folgendem: wenn man bei einem Deliranten zunächst sogenannte Druckvisionen erzeugt und den Kranken während des Erzählens und während man weiter auf den bulbus drückt, auffordert, auf irgend ein Glied, die Hand, den Fuss, aufzumerken, so hören die optischen Hallucinationen auf und man bekommt dafür unter Umständen Hallucinationen auf taktilem Gebiete.

Es gelingt bei einer grossen Anzahl von Deliranten leicht, durch einfache Lenkung der Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Sinnesgebiet, ohne dass man eine andere Suggestion anwendet als die, die in der Frage liegt: Hören Sie etwas? Fühlen Sie etwas? den „Druckvisionen" verwandte Hallucinationen zu erzeugen.

Man lässt z. B. einen Deliranten die Augen schliessen und übt eventuell sogar einen Druck aus, lässt ihn den Arm auf den Tisch legen, die Handfläche nach oben sehend und frägt ohne sonst etwas zu machen: Fühlen Sie etwas an der Hand? Es folgen dann ganz ähnliche Antworten, wie bei dem Augendruck. Ein Beispiel mag dies erläutern: „Ein Fünfzigpfennigstück. — Jetzt ist begossen worden. — Einzelne Tropfen. — Noch mehr begossen worden. — Abgestrichene Striche von der Tinte. — Ganz leise haben Sie gekloppt. — Jetzt haben Sie mir den Daumen abgeschabt. 2 Querstriche, 2 Längsstriche. 2 Punkte, 3, 4, 5. Zweimal hinter einander auf den Finger gekloppt". Andere fühlten Papier, runde und eckige, weiche und harte Dinge, Glas, Lehm u. s. w. Eine der häufigsten

Hallucinationen sind Geldstücke. Diese kombinieren sich dann häufig mit Gehörshallucinationen: sie hören sie klirren u. s. f.

Dasselbe lässt sich am Fuss und an beliebigen Hautstellen erreichen. Am Fusse werden Bewegungen, Striche mit Bleistift gefühlt. „Wahrscheinlich hat der Schuster das Mass genommen" u. a. mehr.

Auf dem Gebiete des Gehörs bekommt man lediglich durch Fixierung der Aufmerksamkeit ähnliche Erscheinungen. „Leises Sprechen, das man nicht verstehen kann", einzelne Worte mitunter auch ganze Sätze und besonders häufig auch Zahlen werden gehört.

Man hat es gänzlich in der Hand durch Varriieren des Ortes der Aufmerksamkeit, Hallucinationen zu provocieren, beziehungsweise sie verschwinden zu lassen, und hat es nie nötig, irgend welche Suggestivfragen, die mehr als den Hinweis auf das zu untersuchende Organ enthalten, zu thun.

Wenn es hiernach nicht zweifelhaft sein kann, dass bei der Druckvision der Faktor der Aufmerksamkeit eine ausschlaggebende Rolle spielt, so verliert die Frage nach der Bedeutung der entorganischen Sensationen an Interesse und schränkt sich dahin ein: Spielen sie wenigstens eine sekundäre Rolle, indem sie zum Aufbau der Hallucinationen mit verwendet werden? Es hat ja a priori eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, dass die hyperästhetischen, centralen Sinnesterritorien allen Reizen leichter zugänglich sind und so namentlich bei Abschluss äusserer Reize auch entorganische Vorgänge illusorisch verarbeiten. Man gewinnt einen Massstab dafür, indem man untersucht, inwieweit durch Mehrung der entorganischen Sensationen die Frequenz der Illusionen und Hallucinationen beeinflusst wird. Beim Auge scheint es sich thatsächlich so zu verhalten, dass durch Druck auf den Bulbus die Anzahl der Illusionen zahlreicher wird, als beim blossen Augenschluss. Man muss sich dabei aber auch vergegenwärtigen, dass auch die Aufmerksamkeit durch den anhaltenden Druck intensiver in Anspruch genommen wird.

Auf taktilem Gebiete kann man an der Hand durch eine einfache Methode die Zahl der Eigenerregungen vermehren, indem man durch eine um das Handgelenk gelegte Esmarch'sche Binde den venösen Blutabfluss hindert. Man bekommt dann normaler Weise allmählich eine grosse Anzahl abnormer Empfindungen, wechselnde Kälte- und Wärmegefühle, ein dumpfes Gefühl der Schwellung, des Pelzigen, Prickeln und schliesslich Stechen in den Fingerspitzen. Ich habe nun nicht

gefunden, dass sich bei dieser Versuchsanordnung eine Zunahme der Frequenz der Tasthallucinationen bemerkbar gemacht hätte.

Auch auf dem akustischen Gebiete machte sich keine Differenz geltend. Als Methode zur Mehrung der Eigengeräusche dient der einfache Ohrschluss. Die Kranken beschrieben dann die elementaren Geräusche, die Zahl der eigentlichen Hallucinationen war nicht vermehrt.

Nach all dem habe ich folgende Anffassung von den „Druckvisionen“: Der periphere Reiz ist nicht ausreichend, um die Hallucinationen auszulösen, es bedarf dazu der besonderen Fixierung der Aufmerksamkeit auf das Sinnesgebiet, dagegen ist die Lenkung der Aufmerksamkeit auf ein Sinnesgebiet für sich allein ausreichend, um Hallucinationen von verwandter Färbung hervorzurufen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass den entorganischen Erregungen eine sekundäre Bedeutung zum Zustandekommen der Illusionen zukommt, ein proportionales Verhältnis zwischen der Zahl der entorganischen Erregungen und der Zahl der Illusionen lässt sich jedoch nicht mit Sicherheit feststellen.

Optisch angeregter Vorstellungsverlauf. Associative Störungen.

In den bisherigen Ausführungen haben wir das Interesse mehr der Frage zugewandt, inwieweit das Zustandekommen der Illusionen durch Variationen äusserer Formen zu beeinflussen, inwieweit die Aufmerksamkeit dabei von Bedeutung ist, den inhaltlichen Elementen aber geringere Beachtung geschenkt. Es bleibt noch zu untersuchen, wie sich der Vorstellungsverlauf des Deliranten bei Wachrufung bestimmter Inhalte von den Sinnesterritorien her verhält. Eine bequem und leicht anzuwendende Methode hat man hierfür auf optischem Gebiete im Zeigen und Benennenlassen von Bildern. Man hat dabei sehr günstige Versuchsbedingungen. Wenn man geeignete Bilder wählt z. B. die Meggendorfer'schen Kinderbilderbogen, oder auch Genrebilder bestimmten leicht fasslichen Inhalts aus „Gartenlaube“ oder „Daheim“, so kann man sicher sein, dass auch Arbeiter niedrigster Schulbildung ohne Schwierigkeit den im Bilde dargestellten Gegenstand richtig zu benennen, beziehungsweise den Inhalt einer dargestellten Handlung zu beschreiben wissen. Controllversuche, die ich in dieser Richtung auch mit ziemlich verblödeten Alkoholisten vor und nach dem Delir anstellte, bestätigen dies. Man hat hier einen lediglich durch einen optischen Empfindungskomplex angeregten

Ideenablauf, der einen Inhalt von gesetzmässiger Constanz repräsentirt. Man ist also berechtigt, die Fehlreaktionen, die ein Delirant bei solchen Untersuchungen zeigt, als Folge des krankhaft gestörten Vorstellungsverlaufs zu registrieren. Aus dem Inhalt und der Art dieser Fehlreaktionen lassen sich vielleicht Schlüsse auf die Art der zu Grunde liegenden Störung ziehen. Ich lasse zunächst einen Auszug aus meinen Untersuchungen mittelst der Meggendorfer'schen farbigen Bilder folgen. In der Hauptsache wurden die Bilder auch während des Delirs richtig erkannt. Es kamen durchschnittlich auf 60 bis 70 vorgezeigte Bilder 5 bis 10 Verkennungen.

Pat. F. c. 80 vorgezeigte Bilder. Die Mehrzahl richtig benannt. Fehlreactionen:

Storch: Ente. (Korrigiert sich dann Storch.)
Opernglas: Gebund Rheinweinflaschen.
Bergschlitten: 2 Haarbürsten und ein Futteral.
Hase mit einem Kohlblatt: Hund mit einem Hering.
Maikäfer: Spinne.
Blumenkohl: Cigarrenteller. (Korrigiert sich dann Blumenkohl.)

Pat. R. Erkennt die Bilder sehr rasch. Nur einige Fehlreaktionen:

Grüne Gurke: Wurst.
Trompete: Hornist.

Pat. Sch. Rasche Antworten. Fehlreaktionen:

Bock: Fuchs.
Canarienvogel im Käfig: Papagei.
Gurke (gleich darauf gezeigt): Papagei, dann Speisebohne.
Salamander: Säugetier.
Schlitten: Leiter, dann Schlitten.
Napf: Schlitten.
Fernrohr: Cigarrenspitze.
Spargel: Fingerhandschuh.
Grüne Schlange, die sich aufrichtet: Schwan, dann Schaf.
Elephant: Bär.
Krebs: Zange, dann später Krebs, als er auf die grellrote Farbe aufmerksam gemacht wird.
Schildkröte: Heuschrecke.
Löwe: Wolf.

Pat. K. Unter ca. 60 Bildern folgende Fehlreaktionen:

Gurke: Ratte.
Portemonnaie: Kochgeschirr; greift danach.
Blumenkohl: Kenn ich nicht, was das für ein Ast mag sein.
Weisses Wiesel: Seehund.
Eisbär: Schäferhund.
Fernrohr: Pincenez.
Bretzel: Blindschleiche, das Ast hat sich zusammengerollt.
Fledermaus: Eule.

Pat. H. Unter 70 Bildern folgende Fehlreaktionen:
Maus: Karnickel.
Schlösser an einem Koffer: 2 Damenschuhe.
Ente: Schwan.
Trommel: Tambour.
Canarienvogel im Käfig: Kunsthaus und Vögel.
Plätteisen: Dampfpfanne.

Pat. B. ca. 70 Bilder, folgende Fehler:
Trommel: Gläser und Tassen, 6 Stück.
Hut: Eine Hutfabrik.
Ein Hund: Ein paar Hunde.
Maus: Eine ausländische Wassereidechse.
Schlittschuhe: Ein Paar Mützen, scheinen Damenmützen zu sein.
Helm: Cylinder, dann Helm.
Wanduhr: Ankeruhr.
Stehspiegel: Kinderstuhl.
Schlitten: Alte Steigeleiter.
Ähre: Staubbesen.
Rotpilz: Pelzmütze von einem jungen Manne.
Maikäfer: Milchkuh.
Luftballon: Vogelbauer.

Die Beispiele liessen sich beliebig vermehren. Zur Charakterisierung der Eigentümlichkeit der Verkennungen, die wir hier haben, mag das Angeführte ausreichen.

Genaueres Zusehen ergiebt, dass der Entstehungsmodus der angeführten Verkennungen nicht überall derselbe ist. Fast in allen Fällen lässt sich aber der Weg des Zustandekommens erkennen und man kann je nach dem Orte, wo in dem Vorstellungsverlauf das fälschende Element eintritt, verschiedene Gruppen unterscheiden.

Als erste Gruppe, bei der die Verkennung gewissermassen auf

dem Boden eines Defekts erwächst, möchte ich diejenige bezeichnen, bei der zwei Objektbegriffe zusammengeworfen werden, weil wesentliche Erkennungsmerkmale, die zum optischem Begriffe gehören, unberücksichtigt bleiben. Hierher gehören die Verkennungen, wenn z. B. das Ignorieren der Farbe eine grüne Gurke als Wurst erscheinen lässt, einen roten Krebs als Zange u. a. m.

Das Bild der Gurke hat mit dem Bilde der Wurst das gemeinsame optische Merkmal in der Gleichartigkeit der äussern Contour. Das differenzierende Merkmal liegt in der Farbe. Dies Element bleibt beim Eingehen in die Vorstellung unberücksichtigt und dadurch kommt die Illusion zu Stande. Die Verkennung ist hier als Folge eines Ausfalls an optischen Erkennungsmerkmalen zu betrachten. Es besteht hier eine Verwandtschaft mit den bei Seelenblindheit zu beobachtenden Illusionen (Lissauer). Dort haben wir es mit einem organischen, hier mit einem exquisit funktionellen, oft schon während des Delirs sich ausgleichenden Defekt zu thun. Für einen Teil dieser Gattung von Verkennungen habe ich eine Entstehungsmöglichkeit schon oben angedeutet; es scheint mir nicht unwahrscheinlich, dass eine gewisse Mangelhaftigkeit in der Farbenperception sich dabei beteiligt. Diese Erklärung trifft übrigens sicherlich nur für einen Teil der Fälle zu.

In einer zweiten Gruppe überwiegen die Eigenprodukte der optischen Phantasie, die hallucinatorischen Elemente, die ursprüngliche Wahrnehmung so sehr, dass der modus der Entstehung kaum mehr ersichtlich ist. Hierher gehören Verkennungen, wie die, wenn anstatt einer Trommel „6 Stück Gläser und Tassen", anstatt 2 Schlittschuhen ein paar Damenmützen, an Stelle eines Kaninchens eine Uhr gesehen wird. Diese Art von Verkennungen ist immerhin beim Vorzeigen grosser Bilder verhältnismässig selten.

Bei einigen Deliranten fiel es auf, dass sie während des Untersuchens das Bewusstsein, dass es sich um bildliche Darstellung handelte, verloren. Sie veränderten mehrfach bei der Betrachtung Kopfstellung und Blickrichtung, um den Gegenstand von verschiedenen Seiten zu sehen, machten zum Teil sogar noch den Versuch mit Zuhilfenahme des Tastsinns durch Zugreifen sich die Untersuchung zu erleichtern. Bei solchen Kranken fanden sich Verkennungen, bei denen sich eine falsche perspektivische Auffassung der Bilder bemerkbar machte. Hierher gehört z. B. die Verkennung eines Schlitten als Steigeleiter.

Weniger klar liegen die Verhältnisse bei einer andern Gruppe von Verkennungen. Wenn ein Wiesel für einen Seehund, ein Eisbär für einen Schäferhund, eine Bretzel für eine zusammengerollte Blindschleiche gehalten wird, so lässt sich das noch unter der ersten Gruppe rubricieren. Wenn aber ein Bock für einen Fuchs, ein Elephant für einen Bären, eine Schildkröte für eine Heuschrecke, ein männlicher Löwe für einen Wolf gehalten wird, so ist hier von einer sinnlichen Ähnlichkeit, die zur Verkennung führen konnte, doch nur in beschränktem Masse die Rede. Man kann zunächst daran denken, dass es sich um eine ungenaue Perception handelt, so dass die optischen Merkmale eben ausreichen, um den Begriff eines Thieres zu erwecken, mit dem sich anscheinend wahllos ein beliebiger Wortbegriff aus dem Thierreich verknüpft.

Wir haben eine mit dieser Art von Fehlreaktionen ohne Zweifel verwandte Art der Störung unter dem passus Aufmerksamkeit schon beschrieben und auch mit Beispielen belegt. Es handelte sich dort um die eigentümliche Art der Paraphasie, die sich in den Antworten der Deliranten nicht selten zu erkennen giebt. Ich erinnere an die Beispiele: wann war die Schlacht bei Sedan? Am 2. September. In welchem Jahr? 1834. Geburtstag des alten Kaiser Wilhelm? am 77. März. Hier wie in den andern Beispielen des Protokolls war ohne weiteres klar, dass das Verständnis, die Auffassung der Frage nicht gelitten hatte, sondern wir haben es dabei, wie ausgeführt worden ist, mit einer associativen Störung zu thun. Es liegt nahe auch für die angeführten Beispiele auf optischem Gebiete an eine ähnliche Störung und nicht, wie es zunächst scheint, an eine Störung der Perception zu denken. Erwiesen wird, wie mir scheint, die associative Entstehung dieser Art von Fehlreaktionen durch eine andere Gruppe von Verkennungen, die nur einen leichteren Grad der eben genannten darstellt, und bei der sich der associative Gang der pathologischen Gedankenbewegung, die zur Illusion führt, leichter verfolgen lässt.

Wenn Patienten beim Vorzeigen einer Trommel sagen, das sei ein Tambour, eine Trompete als Hornisten, ein Fernrohr als Pincenez bezeichnen, so kann man so viel mit Sicherheit sagen, dass der Akt der Wahrnehmung und des Wiedererkennens hier richtig vor sich gegangen sein muss. Denn es kann kein Zufall sein, wenn ein associativ so nah verwandter und sinnlich so ganz disparater Begriff

an Stelle des vorgelegten Objekts genannt wird. Es ist mit diesen Beispielen das Vorliegen einer associativen Störung mit Sicherheit bewiesen. Bildlich gesprochen schiesst hier gewissermassen die durch die Vorlage des Bildes angeregte Gedankenbewegung über ihr Ziel hinaus und an Stelle des richtig erkannten Bildes tritt ein Fehlurteil in Gestalt eines associativ nah verwandten Begriffs. Dieses Überfliessen der Erregungswelle in benachbarte Associationsgebiete mit Übergehung der eigentlichen Zielvorstellung entspricht der klinischen Erscheinung, die man als Ideenflucht zu bezeichnen pflegt und man kann hiernach von einem ideenflüchtigen Element im Vorstellungsablauf beim Delirium tremens sprechen. Die Analogie mit dieser Art von Fehlreaktionen, ebenso mit der erwähnten Art von Paraphasie lässt mir auch für die vorgenannte Gruppe von Verkennungen dieselbe Erstehungsweise als wahrscheinlich erscheinen. Der Unterschied liegt nur darin, dass die associative Verwandtschaft nicht so klar auf der Hand liegt, weil Zwischenglieder übersprungen sind.

Man mag hier wieder die Frage aufwerfen: Handelt es sich bei diesen Fehlreaktionen um echte Illusionen, oder liegt nur eine associative Störung vor? In einzelnen Fällen ist zwar der hallucinatorische Charakter ohne weiteres klar. Entscheidend für die Frage ist es, wenn man den Kranken das Bild, das er vor sich hat, in seine einzelnen Bestandteile auflösen lässt. Man trifft dabei auf die verschiedenartigsten Übergangsformen. In einzelnen Fällen genügt die Aufforderung, sich das Bild genauer anzusehen, um das Fehlurteil zu korrigieren. In andern beschreibt der Kranke aber dann thatsächlich den illusionierten Gegenstand, indem er die einzelnen Teile des vorliegenden Bildes oft in der merkwürdigsten Combination zum Aufbau seines Phantasmas benutzt. Dabei spielt aber sicherlich nun die durch die Aufforderung, das gesehene Bild zu beschreiben, wachgerufene Autosuggestion eine grosse Rolle. Man sieht dann bei dieser Art der Fragestellung häufig an den einzelnen Illusionen, dass sie Augenblicksprodukte und nachträgliche Combinationen sind, die sich der Kranke unter dem Einfluss der einmal angeregten Vorstellung selbst einredet.

Ehe ich auf die Einzelheiten näher eingehe, möchte ich noch die Erfahrungen, die ich mit dem Vorlegen komplicierterer Bilder machte, besprechen. Ich benutzte, wie schon erwähnt, allerhand Genre-

bilder, Bilder von denen ich mich zuvor bei Gesunden desselben Bildungsgrades versichert hatte, dass sie mit Leichtigkeit hinsichtlich ihres Inhaltes gedeutet wurden. Die Aufgabe bestand darin, eine Combination optischer Eindrücke zu einer vorgestellten Handlung oder einem Zustande begrifflich zu verknüpfen und in Worte zu fassen. Es liess sich voraussehen, nachdem schon bei einfachen Abbildungen sich eine verhältnismässig grosse Anzahl von Fehlreaktionen ergeben hatte, dass die Fehlurteile entsprechend der grösseren Complicirtheit der Anforderungen sich erheblich vermehren würden. Thatsächlich verhielt es sich auch so. Immerhin wurden auch von diesen viele richtig erkannt.

Ich lasse zunächst wieder einige Beispiele aus den Protokollen folgen.

Bild, darstellend ein kleines Mädchen, in der einen Hand einen Korb mit Kirschen haltend, mit der andern eine Kirsche hochhebend: „Fröhliches Gesicht eines Mädchens mit dem Korbe mit Wein. 6 Mädchen, die darum herumspringen". (Thatsächlich ist nur das eine Mädchen auf dem Bilde.) Von einem andern Deliranten wird dasselbe Bild folgendermassen gedeutet: „Ein siebzehnjähriges Mädchen äst ein Kind an der Brust, in der Hand hat sie einen Korb mit Apfelsinen".

„Heuerntebild". Arbeitende Bauersleute sind mit Schneiden und Einsammeln von Heu beschäftigt. Nirgends auf dem Bilde sind Wagen oder Pferde zu sehen: „Bauerndörfchen in der Schweiz oder in Thüringen. Die letzte Ernte wird hereingebracht. Die Wagen stehen dort alle voll beladen."

Von einem anderen Deliranten gedeutet: „Landbild. Grashauen. Pferde einspannen, direkt wenn man vom Dorf herauskommt, rechts 2 Ochsen und ein Pferd. Östreicher (meint Soldaten) und ein Häufel Kinder, die neben den Mannschaften herlaufen". Zählt mit den Fingern deutend die Kinder, die thatsächlich nicht auf dem Bilde sind.

Unter dem Weihnachtsbaum. Der Vater umarmt seinen Jungen: „Weihnachtsfest. Der Vater von den Ketten freigelassen. Die Ketten hängen noch herunter. Begnadigt am heiligen Abend."

Mädchen, ein Taschentuch hochhaltend, Abschied winkend. Ausser dem Mädchen sind keine Personen auf dem Bilde: „Mädchen hat einen Vogel in der Hand, der eine Studentenkappe trägt. Unten ziehen Studenten vorbei."

Ulanenpatrouille scheucht einen Hasen auf: zunächst richtig erkannt. Dann das am Wege stehende Gras für stürmende Infanterie verkannt.

Manöverbild: „Krieg von 66".

Strandlandschaft an der Nordsee: „Überreste grosser Steine, die nicht zu transportieren gehen".

Bild von Bismarck: Moltke.

Jokey, ein Pferd bereitend: „Bereiter von seinem Herrn, aus Kleinburg jedenfalls".

Kartenschlägerin: „3 Männer und 2 Weiber spielen, Skat, nein 66, es ist eine 66-Karte.

Konzertierende Militärmusik im Hofgarten zu München: „Hochzeit, was für eine weiss ich nicht. Es hat auch Gebirgsteile, Stiere und Hunde, die sich bewegen".

Im wesentlichen lassen sich auch in diesen Beispielen dieselben Elemente für das Zustandekommen der Verkennungen auffinden, wie in den einfachen Abbildungen. Das Moment, das ich oben als ideenflüchtigen Bestandteil der Illusionen bezeichnet habe, tritt hier noch mehr zu Tage.

So erweckt der Anblick der in der Heuernte arbeitenden Bauern die Vorstellung von Erntewagen, Ochsen und Pferden und sofort werden sie als Illusionen in das Bild hineinprojiciert.

In derselben Weise ist die Hallucination der vorbeiziehenden Studenten und der stürmenden Infanterie aufzufassen. Im ersten Fall wurde sie durch die falsche Deutung des Taschentuchs als Studentenmütze, im zweiten durch die Ulanenpatrouille angeregt.

Auch die Bezeichnung des Jokey als „Bereiter von seinem Herrn, aus Kleinburg jedenfalls" bedeutet ein solches Überspringen in eine Nebenassociation. Das Mittelglied des Ideenganges zwischen Jokey und Kleinburg, dass nämlich Kleinburg (Vorort Breslaus) ein Wohnort für Cavallerieoffiziere und Rennsportbeflissene ist, ist ausgelassen.

Die nahe Association, die der Verkennung Bismarcks als Moltke zu Grunde liegt, liegt auf der Hand. Als hierher gehörig mag auch das Beispiel Erwähnung finden, wenn ein Delirant während des Lesens im Anschluss an das Wort Dominium die nächstfolgenden Worte als Pferde und Wagen verkennt und sagt, die gehören mit zum Dominium.

Die genannten Beispiele bestätigen die Annahme, dass der Vorstellungsverlauf des Deliranten insofern eine krankhafte Ver-

änderung zeigt, als der durch einen Empfindungscomplex ausgelöste Erregungsstrom die Tendenz hat, sich in Nebenassociationen zu ergiessen und so zum Bilde einer Art Ideenflucht zu führen. Diese Ideenflucht bekommt eine charakteristische Färbung dadurch, dass die associativ angeregten Vorstellungen die Tendenz haben, gewissermassen rückläufig wieder einen sinnlichen Charakter anzunehmen. Der übersprungenen Zwischenglieder im Associationsverlauf sind meist nur wenige. Die Gedankensprünge, wie wir sie beim Maniakus finden, treffen wir hier nicht. Man kann die Ähnlichkeit der hier vorliegenden associativen Störung mit den Beobachtungen, die man beim Gedankenablaufe des Traumes macht, nicht verkennen.

Wenn man sich nach der Genese dieser Art von Ideenflucht frägt, so wird man den Gedanken, dass es sich dabei um ein plus von associativer Leistung, um eine gesteigerte Erregbarkeit auf associativem Gebiete handelt, von der Hand weisen. Alle bisherigen Ausführungen weisen darauf hin, dass vielmehr eine Schwäche des Vorstellungsverlaufs zu Grunde liegt und man wird dem thatsächlichen Verhalten mit der Annahme näher kommen, dass unter den durch den Empfindungskomplex associativ angeregten Vorstellungen die am nächsten verwandte Zielvorstellung der nötigen Intensität entbehrt, um verwandte konkurrierende Associationen zu unterdrücken.

Im Zusammenhang mit dem bisherigen muss ich noch eine Erscheinung erwähnen, die sich fast bei allen Deliranten in auffälliger Weise bemerklich macht. Die Sicherheit und Raschheit, mit der Deliranten zu antworten pflegen, ist wohl allgemein bekannt. Es bedarf keiner besonderen Apparate, um bei der Mehrzahl der Deliranten, so weit sie nicht durch schwere körperliche komplizierende Erkrankungen sehr geschwächt sind, festzustellen, dass die Reaktion während des Delirs im ganzen deutlich rascher erfolgt, als bei späteren Untersuchungen nach der Genesung. Diese Differenz in der Geschwindigkeit der Reaktion zwischen gesunden und kranken Tagen wird bei komplizierteren Anforderungen besonders in die Augen springend, die Bezeichnungen und die Antworten erfolgen oft fast momentan. Was diese beschleunigte Reaktionsweise aber im Gegensatz z. B. zu der (zwar angezweifelten) des Maniacus kennzeichnet, ist das, dass sie auf Kosten der Richtigkeit des Urteils geschieht. Dem Verständnis für diese Erscheinung werden wir durch das Folgende näher gebracht.

Fast bei jeder Versuchsanordnung stösst man beim Deliranten auf eine auffällige Schwäche des Urteils. Man wird oft unwillkürlich an die naiven Urteile des Kindes erinnert. Was diese sogenannte Naivität des kindlichen Urteils bedingt, ist im wesentlichen der enge Umfang der kindlichen Begriffe, der Mangel an Erfahrungen, mit anderen Worte an Associationen. Es fehlen die Vorstellungen, deren Vorhandensein beim Erwachsenen auf den Vorstellungsverlauf korrigierend einwirkt.

Lässt man einen Deliranten Unterschiede zwischen zwei ihm im gesunden Zustande ganz geläufigen Begriffen auseinandersetzen, so tritt uns oft dieser Mangel an Association deutlich entgegen. Ein Kranker charakterisiert nach langem Bemühen den Unterschied zwischen jüdischem und christlichem Glauben mit Folgendem: „Die Juden glauben an Gott, sie halten sich ganz entfernt von den Christen, sie essen kein Schweinefleisch". Ein anderer weiss folgende Merkmale: „Sie unterscheiden sich durch die Religion"; „erstens glauben die Juden, dass die Religion durch sie geschaffen worden ist"; dann „sie unterscheiden sich durch verschiedene Einrichtungen". — Einige Tage nach dem Delir um dasselbe befragt, wissen beide anzugeben, dass das wesentliche Unterscheidungsmerkmal in der Person Christi zu finden ist.

Wir sehen hier die beiden Begriffe jüdischer und christlicher Glaube um einige associative Bestandteile ärmer als in gesunden Tagen. Es liessen sich diesen Beispielen eine grosse Reihe anderer anfügen. Insbesondere wird man auch die bei derartigen Prüfungen stets zu Tage tretende Unsicherheit, Neigung zur Verallgemeinerung und ausweichenden Antworten auf einen Defekt von Associationen zurückführen dürfen.

Je mehr man auf einfache Begriffe kommt, je mehr sie durch langjährige Übung allmählich einfaches fixes Gedächtnismaterial geworden sind, um so richtiger ist die Reaktion, um so weniger macht sich ein Defekt bemerkbar. — In manchen Fällen geht die Störung jedoch so weit, dass selbst einfache kombinatorische Leistungen, wie das schriftliche Addieren, misslingen, nicht etwa, weil die Merkfähigkeit nicht ausreicht, sondern weil die einfache Technik des Umrechnens der Zehner abhanden gekommen ist. Man darf sich nun aber nicht vorstellen, dass diese Defekte während des Delirs konstant bleiben, im Gegenteil, sie sind inhaltlich äusserst schwankend, die

Vorstellungen sind bald mehr bald weniger vollständig reproduzierbar. Constant bleibt immer eine Verschwommenheit der Begriffe, die Folge der associativen Schwäche.

Die Feststellung dieser associativen Schwäche, die wir hier auch bei der Reproduktion gänzlich indifferenter, eines sinnlichen oder eines emotionellen Charakters gänzlich entbehrender Vorstellungen treffen, ist von Wichtigkeit, weil daraus hervorgeht, dass diese associative Schwäche eine primäre Erscheinung darstellt. Sie tritt uns ja auch im unbeeinflussten Delir in der Kritiklosigkeit, die der Delirant dem abenteuerlichen und absurden Inhalt seiner ängstlichen Hallucinationen gegenüber an den Tag legt, entgegen, aber hier kann man sie sehr wohl als sekundär durch die Intensität des sinnlichen und affektiven Charakters der Vorstellung bedingt betrachten.

Wenn wir den Versuch machen, die mannigfachen Störungen, die uns die bisherigen Untersuchungen hinsichtlich des Vorstellungsablaufs ergeben haben, unter einen gemeinschaftlichen Gesichtspunkt zu bringen, so stellen sich, wie mir scheint, als kardinale Erscheinungen und Gegensätze einerseits die psychosensorielle Hyperproduktion und andererseits die associative Schwäche dar. Es ist in dieser Combination von Reiz und Ausfallserscheinung sicherlich kein Zufall zu erblicken, sondern der Ausdruck einer kausalen Beziehung, wie sie von Meynert, Wernicke und Friedmann bei anderer Gelegenheit betont worden ist. Friedmann spricht von dem Gesetze des psychischen Antagonismus, nach welchem keine psychische Funktion erheblich gesteigert sein kann, ohne dass andere Funktionen in ähnlichem Sinne abnehmen. Wernicke hat in seiner Sejunktionshypothese zur Erklärung der Hallucinationen eine verwandte Anschauung mehr mechanisch gefasst ausgesprochen.

Wenn man die Leistung des gesunden Gehirnes beispielsweise bei der Versuchsanordnung, die ich zuletzt besprochen habe, vom Vorzeigen eines Bildes bis zur sprachlichen Wiedergabe des dargestellten Inhalts bemisst, so hat man normaler Weise eine konstante Grösse aufgewandter Energie, die sich auf die verschiedenen psychischen Akte von der Empfindung bis zur schliesslichen Umsetzung auf die motorische Innervation in bestimmter Gesetzmässigkeit verteilt. Wir sehen den Ablauf dieses Energiestroms beim Deliranten in der Weise verändert, dass auf psychosensorischem Gebiete ein Mehrverbrauch statt hat. Es ist dies nicht möglich, ohne dass sich anderswo ein Defekt

kundgiebt und wir haben als klinischen Ausdruck hierfür eine grosse Anzahl von Fehlreaktionen nachgewiesen, in denen sich ein Ausfall von associativer Leistung ausspricht.

Den Grund für die beschleunigte Reaktionsweise des Deliranten werden wir einerseits in der erleichterten Erregbarkeit auf psychosensorischem Gebiete, und andererseits in dem associativen Defekt, d. h. in dem Ausbleiben von den Gedankenablauf hemmenden Gegenvorstellungen zu erblicken haben.

Die unvermeidliche Einseitigkeit, welche die Herstellung besonderer Versuchsbedingungen immer mit sich bringt, hat uns eine Reihe im spontanen Delir augenfällig zu Tage tretenden Eigentümlichkeiten bis jetzt nicht berühren lassen. Auf diese möchte ich im Folgenden noch in Kürze eingehen und es werden sich, wie ich hoffe, für die Auffassung dieser Erscheinungen die bisherigen Feststellungen nicht ganz belanglos erweisen.

Orientierungsverlust.

Wir haben schon mehrfach Gelegenheit gehabt, die Desorientiertheit als eine wesentliche Erscheinung im Delirium tremens kurz zu berühren. Auf der Höhe des Delirs zu einer Zeit, wo bei dem sich selbst überlassenen Deliranten in die Wahrnehmung zahlreiche hallucinierte Elemente eingehen, kann es zunächst nicht Wunder nehmen, dass das Bild der Umgebung ganz verfälscht, die Orientierung über den Ort und die Personen der Umgebung ganz abhanden gekommen ist. Trotzdem dürfte die übliche Auffassung von der Genese des Orientierungsverlustes beim Delirium tremens als einem Produkte der zahlreichen Sinnestäuschungen die Verhältnisse nicht ausreichend erklären. Thatsächlich verhält es sich mit dem Orientierungsverlust bei genauer klinischer Beobachtung keineswegs so, dass der Orientierungsverlust immer mit der Menge der Illusionen parallel geht. Man ist oft erstaunt einen Deliranten im Beginn des Delirs, zu einer Zeit, wo von aktiven Symptomen noch ausserordentlich wenig vorhanden ist, schon desorientiert und, was noch häufiger ist, ihn oft 20 und 30 Stunden nach der akuten Zeit noch nicht wieder im Besitz der Orientierung zu sehen. Bei den Untersuchungen, die ich

mit Deliranten anstellte, gelang es oft, sie stundenlang zu allen möglichen Versuchen zu fixieren. Es wurde jeder einzelne Gegenstand im Zimmer richtig benannt, ja selbst für den Zweck der Untersuchung war ein gewisses Verständnis zu erzielen, trotzdem blieb die Desorientiertheit bestehen. Es geht daraus hervor, dass es die Fülle der falschen sensorischen Eindrücke und die dadurch bedingte Fälschung der Auffassung nicht allein sein kann, die den Orientierungsverlust bedingt. Wenn man sich vergegenwärtigt, welche Elemente normaler Weise das, was man als Orientierung bezeichnet, bedingen, so kommt man auf einen verhältnismässig komplicierten Vorgang, bei dem neben den richtigen Einzelsinneswahrnehmungen die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit, die Fähigkeit, die Elemente der Wahrnehmung richtig zu associieren, die Combinationsfähigkeit eine wichtige Rolle spielen. Grade das letztere Element, die Combinationsfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, die zunächst zusammenhangslosen Sinneseindrücke und Einzelwahrnehmungen zu einem widerspruchslosen associativen Connex zu bringen, bildet ein wesentliches Constituens der Orientierung. Und hierin gerade stossen wir bei dem Deliranten auf einen Defekt. Man kann den Deliranten sehr wohl zum richtigen Erkennen jedes einzelnen Elementes seiner Umgebung bringen, aber die Association all' dieser Wahrnehmungen zu dem Complex, den wir als Orientierung bezeichnen, gelingt nicht; unzweifelhaft sind dabei auch die nachgewiesenen Störungen auf dem Gebiete der Merkfähigkeit und der Aufmerksamkeit mit im Spiele. Einen dem Zustandekommen der Orientierung verwandten psychischen Mechanismus haben wir in unsern Versuchen studiert: Der Vorgang, um den es sich handelt, wenn wir auf einem Bilde die zahlreichen optischen Merkmale in einen inhaltlich einheitlichen associativen Connex bringen, ist zwar einfacher, aber nicht wesentlich verschieden. Wie wir dort gesehen haben, dass die Illusionen, welche die Verkennung zu bedingen scheinen, zum grossen Teil auf der Basis einer Schwäche der associativen Leistung erwachsen sind, so werden wir dasselbe von der Desorientiertheit sagen dürfen und den Illusionen, die bei äusserlicher Betrachtung das primäre den Orientierungsverlust bedingende zu sein scheinen, nur eine sekundäre Rolle beimessen.

Die Erscheinung der Desorientiertheit im Beginn und am Ende des Delirs d. h. zu einer Zeit, wo die Hallucinationen und Illusionen

keine wesentliche Rolle spielen, ist bei dieser Betrachtungsweise verständlich. Sie dient uns lediglich als Beweis für die Richtigkeit unserer Auffassung, dass der Orientierungsverlust in der Hauptsache als Ausdruck der associativen Schwäche uud der andern erwähnten elementaren Störungen sich darstellt.

Wenn es noch eines andern Hinweises bedarf, um die Richtigkeit dieser Auffassung zu bestätigen, so möchte ich an den Alkoholhallucinanten[1]) erinnern, bei dem wir nach Frequenz und Inhalt dieselben Hallucinationen antreffen und der im Unterschied zum Deliranten bekanntlich die Orientierung behält.

Suggestibilität. Persönlichkeitsbewusstsein.

Gelegentlich der verschiedenen Versuchsanordnungen hatte ich mehrfach Veranlassung, darauf hinzuweisen, wie ausserordentliche Vorsicht in der Verwertung der Resultate wegen der grossen Suggestibilität der Deliranten geboten ist, und es ist schon erwähnt worden, wie es auf dem Gebiete des Gehörs, Gesichts und des Tastsinn oft leichter gelingt Hallucinationen suggestiv zu erzeugen, als ihr Entstehen zu unterdrücken. Wo es nicht momentan gelingt, beliebig angeregten Vorstellungen konkreter Begriffe beim Deliranten sofort einen sinnlichen Charakter zu verleihen, verfährt man in einschleichender Weise, man fixiert zunächst die Aufmerksamkeit auf ein Sinnesgebiet, am besten das optische und benützt irgend eine dem Gedankenkreis des Kranken nicht allzu fernliegende Vorstellung. Meist lassen sich dann allmählig immer abenteuerlichere Hallucinationen provozieren, es beteiligen sich andere Sinnesgebiete, man bekommt kombinierte Hallucinationen, und schliesslich befindet sich der Delirant inmitten des charakteristischen deliranten Beschäftigungsdrangs.

So variabel nun auch die suggestive Beeinflussbarkeit der Psyche des Deliranten ist, so ist doch ganz charakteristisch, dass es sich keineswegs um eine allgemeine Zugänglichkeit für suggestive Einflüsse handelt. Schon hinsichtlich der Sinnesterritorien bestehen Differenzen, es ist mir z. B. nicht gelungen, Geruchshallucinationen hervorzurufen.

---

[1]) Ich meine damit das von Wernicke als akute Hallucinose bezeichnete, mit Systematisierung einhergehende Krankheitsbild. Auch Jolly (Zeitschrift für Psych. Bd. 5I p. 193) hat eine ähnliche Unterscheidung.

Insbesondere gelingt es aber nicht, beim Deliranten hinsichtlich der eigenen Person falsche Vorstellungen suggestiv zu erwecken, was besonders im Gegensatz zu einer anderen Geisteskrankheit, die sich auch durch eine starke Suggestibilität auszeichnet, der progressiven Paralyse zu betonen ist. Die Suggestibilität des Paralytikers erstreckt sich bekanntlich gerade mit Vorliebe auf Vorstellungen, die das Bewusstsein der Persönlichkeit betreffen, d. h. auf ein Gebiet, auf dem wir beim Paralytiker einen weitgehenden Zerfall des associativen Connexes vor uns sehen.

Verständnis für dieses gegensätzliche Verhalten bekommen wir durch einen Blick auf eine fundamentale Eigenschaft in der Symptomatologie des Delirium tremens. Der Vorstellungskomplex, der das Bewusstsein der Persönlichkeit ausmacht, zeigt sich, wie von Wernicke und auch von Liepmann hervorgehoben wird, intakt, abgesehen von Fällen, in denen Elemente des chronischen Alkoholismus z. B. der Eifersuchtswahn mit in das Delir herübergenommen werden. Grössenideen, Selbstanklagen und Kleinheitswahn zeigen sich nicht im Bilde des Delirium tremens. Im Gegensatz zu dieser Erfahrung wird von Leppmann (Neurolog. Centralblatt 1895 p. 39) betont, dass Grössenideen eine bei Deliranten sehr häufige Erscheinung seien. Unter den Hunderten von Deliranten, die ich gesehen, kann ich mich nur an drei erinnern, bei denen Grössenideen zu beobachten waren. In dem einen der Fälle lag von Anfang an der dringende Verdacht vor, dass es sich um einen Paralytiker handelte. In den andern beiden Fällen war das Delir direkt im Anschluss an einen epileptischen Insult aufgetreten, und das ganze Symptomenbild trug hinsichtlich der Intensität des Affekts und der Benommenheit des Sensoriums eine epileptische Färbung und grade das Auftreten von Grössenideen war, nach unserer Auffassung als besonders charakteristisch für das Vorliegen einer Mischform von epileptischer und einfach alkoholdeliranter Psychose zu betrachten. — Die Behauptung Leppmanns ist hiernach nicht gerechtfertigt. Oder sollte die Differenz, wie Leppmann es für die behauptete Verschiedenheit der Hallucinationen will, vielleicht auch in der Verschiedenheit der konsumierten alkoholischen Getränke liegen? Man müsste Berlin dann eine für das Zustandekommen von Grössenideen besonders günstige Mischung der Getränke zuschreiben, was nicht sehr wahrscheinlich klingt.

Man wird nach dem Gesagten, wie ich glaube, nicht fehl gehen,

wenn man den Grund dafür, dass der Delirant sich auf dem Gebiete des Persönlichkeitsbewusstseins gar nicht suggestibel zeigt, darin erblickt, dass hier ein fester durch die Geisteskrankheit nicht gestörter associativer Connex vorliegt und gerade die Gegenüberstellung der sozusagen verschieden lokalisierten Suggestibilität des Deliranten und des Paralytikers erscheint für die Auffassung der Suggestibilität im allgemeinen lehrreich. Mit der Annahme eines Reizzustandes der Sinnesterritorien ist der Erscheinung nicht genügt, das Wesentliche liegt in der associativen Störung, die wir beim Deliranten gerade hinsichtlich der Construktion des Bildes der Aussenwelt nachgewiesen haben.

Beteiligung der Sinnesgebiete an den Hallucinationen. Bewegungshallucinationen. Beschäftigungsdrang. Psychische Verarbeitung der gefälschten Wahrnehmungen. Rückbildung.

Es sind vor allem Auge, Ohr und Tastsinn, die sich an den Hallucinationen beim Delirium tremens beteiligen und zwar stehen unter diesen soweit sich dies schätzungsweise sagen lässt, die optischen im Vordergrunde, dann folgen die taktilen und schliesslich die akustischen. Die zahlenmässigen Angaben der Autoren sind hierüber verschieden, im ganzen überwiegen beim spontanen Delir wohl überhaupt die kombinierten scenenhaften Hallucinationen. Geruch und Geschmack finden sich so gut wie nie beteiligt. In Fällen, in denen es so aussah, als ob wirklich solche Hallucinationen vorlägen, bei Deliranten, die Rauch-, Schnupf- oder Primbewegungen machen, liess sich nachweisen, dass nur die taktile Empfindung, und eventuell das optische Element der Rauch, der Tabak halluciniert wurde. — Es mag diese Differenz mit der geringen Plasticität, die Geruchs- und Geschmackserinnerungsbilder auch normaler Weise haben, zusammenhängen und man wird an die gewöhnlichen Traumhallucinationen erinnert, in denen Geruch und Geschmack auch so gut wie gar keine Rolle spielen. —

Beiläufig bemerkt, spricht gerade das Ausbleiben der Geruchs- und Geschmackshallucinationen, wie mir scheint, ganz besonders für die centrale Entstehung der Hallucinationen beim Deliranten, denn nirgends hätten die centralen Endstätten so sehr Gelegenheit durch aus der Peripherie kommende Reize, die die Mund- und Nasenhöhle liefern, angeregt zu werden.

Was die Eingeweidegefühle anlangt, so ist bemerkenswert, dass abnorme Sensationen Seitens dieser Organe beim Delirium tremens nicht beobachtet werden, abgesehen von dem präkordialen Gefühle der Angst, auf das ich noch gelegentlich der Affekte zu sprechen kommen werde. Hypochondrische Gefühle von Seiten des Magens, des Darmes, der Blase u. s. f. trifft man beim Alkoholdeliranten nicht. Ich möchte dies im Gegensatz zu zwei Fällen von schweren urämischen Delirien, die ich gesehen, betonen, bei denen intestinale Sensationen im Krankheitsbilde eine bemerkenswerte Rolle spielten.

Eine eigentümliche Lagegefühlsstörung, die man grade bei schweren Deliranten antrifft, verdient hier noch Erwähnung. Die Störung bildet eigentlich einen Übergang zwischen den motorischen und sensorischen Störungen beim Delirium tremens. Ich habe an anderer Stelle[1]) schon auf diese Erscheinung aufmerksam gemacht.

Die Kranken liegen in einer krampfhaft aussehenden Rückenlage den Kopf nach Art Meningitiskranker in die Kissen gebohrt, ohne dass thatsächlich eine Nackenstarre besteht. Während der Kranke sich bei einer darauf gerichteten Untersuchung hinsichtlich der Lage der einzelnen Körperabschnitte zu einander gut orientiert zeigt und richtig nach allen Körperteilen, die man ihm nennt greift, stösst man, wenn man ihn auffordert, seine Lage zu verändern, sich aufzusetzen, zu stehen, sich umzudrehen u. s. f. auf allerhand verkehrte Bewegungsäusserungen, aus denen hervorgeht, dass er darüber, ob er liegt, steht oder sitzt ganz im Unklaren ist. Die Orientierung des Körpers im Raum ist verloren gegangen. Das Verhalten wird, wenn man den Kranken aus dem Bett nimmt, oft noch charakteristischer und gewinnt dann Ähnlichkeit mit dem Verhalten eines Menschen mit hochgradigem Schwindel. Ich glaubte diese Erscheinungen mit hochgradigen Kleinhirnveränderungen, die ich grade bei diesen schweren Delirien gefunden habe und auch neuerdings wieder bestätigen konnte, in Verbindung bringen zu sollen.

Den optischen Hallucinationen des Deliranten wohnt ein Element inne, auf das noch besonders aufmerksam zu machen ist; die hallucinierten Objekte erscheinen ausserordentlich häufig bewegt. Im spontanen Delir ist dies besonders häufig. Bei meinen Untersuchungen

---

[1]) Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Alkoholdelirien Bd. I p. 229 Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.

hat sich insofern ein Unterschied geltend gemacht, als bei den grösseren Bildern mehr bewegte Hallucinationen zur Beobachtung kamen, als bei den kleinen Meggendorfer'schen. Ob dabei die vermehrten Augenbewegungen, die das Überblicken grösserer Bilder erfordert, von Bedeutung sind, lässt sich nicht entscheiden. In vielen Fällen war die associative Entstehung der Bewegungshallucinationen evident, so wurde bei all den Bildern, in denen ein wesentliches Element des Begriffs in seiner Neigung zu Bewegungsäusserungen liegt, mit Vorliebe Bewegungen gesehen, z. B. Schlangen, Katzen, Heuschrecken. In andern Fällen erscheint die Störung mehr elementarer Art. Die gesehenen Gegenstände scheinen zu schwanken und zu fallen. Man braucht sich nur an das bekannte Bild zu erinnern, wie der Delirant schweisstriefend sich gegen die Wand stemmt, um die Mauer, die er oben überhängen sieht und die ihm einzustürzen scheint, zu stützen. Grade diese Gattung von Hallucinationen, in denen die den Aufenthaltsort des Deliranten bildenden Räume in gefahrdrohender Weise aus der Gleichgewichtslage gekommen scheinen, findet man in den mannigfachsten Beispielen wieder.

Inwieweit dabei Schwankungen in der Innervation der äusseren Augenmuskeln mit im Spiel sind, bedarf noch weiterer Untersuchung. Ein Delirant, erzählte mir später nach Ablauf seines Delir, er habe eine Zeit lang alles doppelt gesehen. „Die Figuren, die er vor sich gesehen habe, seien alle zweifach gewesen; er musste wegsehen, weil ihn das Doppeltsehen störte". Eine Augenmuskelparese war weder während noch nach Ablauf des Delirs zu konstatieren gewesen.

Ein anderer Delirant, der mir erst einen Tag nach Ablauf des Delirs zur Beobachtung kam, klagte gleichfalls spontan über Doppelbilder; thatsächlich liess sich eine leichte Schwäche des rechten Abducens, die nach wenigen Tagen geschwunden war, nachweisen.

Bei der Neigung schwerer Alkoholintoxikationen die Augenmuskelkernregionen in mehr oder weniger ausgedehnter Weise zu alterieren (Polioencephalitis haemorrhagica superior) ist daran zu denken, dass sich leichtere Störungen in diesem Gebiete auch während der einfachen Alkoholdelirien im Höhlengrau abspielen. Die anatomische Untersuchung bestätigt diese Vermutung. Von sieben Delirantengehirnen, bei denen ich das Höhlengrau, speciell die Gegend der Augenmuskelkerne mikroskopisch untersucht habe, habe ich bei vieren kleine Blutextravasate gefunden. Klinisch war nichts von gröberen Augen-

muskelstörungen zu konstatieren gewesen. Ich komme auf diese Befunde an anderer Stelle zu sprechen und möchte hier nur darauf hinweisen, dass pathologische Vorgänge in dieser Region zu dem Zustandekommen von Bewegungshallucinationen der eben genannten Art sehr wohl in Beziehung stehen können.

Auf all die einzelnen inhaltlichen Bestandteile des gefälschten Bildes der Aussenwelt, welche die Beobachtung des spontan verlaufenden Delirs bietet, möchte ich hier nicht eingehen und möchte mich darauf beschränken, das Wesentliche hervorzuheben.

Bemerkenswert ist, im Hinblick auf die früheren Ausführungen, wie ausserordentlich verschieden der Inhalt der unbeeinflusst zu Tage tretenden Illusionen und Hallucinationen ist von dem, wie er sich bei den speziell darauf gerichteten Untersuchungen ergiebt. Es fehlt so gut wie gänzlich der affektvolle Charakter der Hallucinationen und auch die Neigung zu bewegten Hallucinationen tritt zurück. Liepmann hat darauf bei seinen Druckvisionen schon aufmerksam gemacht. Auf das erste Moment komme ich noch zu sprechen.

Für das Fehlen der bewegten Objekte bei den experimentellen Hallucinationen mag der Grund hauptsächlich, wie ich schon angedeutet habe, in der grösseren Ruhe der Augenmuskeln liegen. Hierin dürfte auch die Erklärung für die differenten Ansichten der Fachleute über die Häufigkeit des volkstümlichsten Symptoms des Deliriums, der Thiervisionen liegen.

Nach einer Reihe von Autoren sollen Thiervisionen geradezu zu den Seltenheiten gehören (Fürstner, Rose) und sie sollen in der Hauptsache Suggestivprodukte sein. Thatsächlich verhält es sich wohl so: In der Zeit, in der man sich mit einem Deliranten abgiebt, ihn frägt, untersucht, ihn zum Stillsitzen veranlasst, hat er thatsächlich selten Thiervisionen, wohl deshalb, weil die Anregung zu Bewegungshallucinationen geringer ist, als beim Umhergehen. Wenn man sich aber die Mühe nimmt, einem sich selbst überlassenen Deliranten längere Zeit zuzusehen, so wird man in der Mehrzahl der Fälle Thiervisionen zu beobachten haben. Eine einwandsfreie Bestätigung bekommt man übrigens, wo nicht Amnesie besteht, gelegentlich der Krankheitseinsichtsprüfung. Ein suggestives Moment ist hier nicht mehr zu fürchten.

Jedes Lehrbuch der Psychiatrie bietet eine Anzahl von Bei-

spielen, in denen das wechselvolle Spiel zwischen phantastisch-schreckhaften Erlebnissen und gewöhnlicher Alltagsbeschäftigung, wie es der Delirant zeigt, hinreichend illustriert wird. Die Leichtigkeit, mit der beim Deliranten jede angeregte Vorstellung plastisch sinnlichen Charakter bekommt, im Zusammenhang mit dem Darniederliegen der associativen Thätigkeit lässt es verstehen, dass die absurdesten Abenteuer, die unglaublichsten Münchhausiaden sich abspielen. Ganz ähnlich wie beim Paralytiker findet man beim Deliranten in dem Inhalt der Erlebnisse oft eine abundante Kritiklosigkeit. Gerade das Fehlen kritisierender Vorstellungen im Zusammenhang mit der Klarheit des Sensoriums und der Schlagfertigkeit der Reaktion giebt dem Verhalten des Deliranten so oft den Charakter des Komischen und Lächerlichen. Wenn ein deliranter Fleischer mit verhältnismässiger Ruhe und aus voller Überzeugung erzählt, er habe heute früh auf dem Schlachthofe gesehen, wie ein anderer Fleischer sich selbst zuerst den einen und dann den andern Arm abgehackt und dann beide Arme zusammen zu Wurstfleisch zerhackt habe, oder wenn man einen anderen Kranken krampfhaft auf seine Bartspitzen beissen sieht und auf Befragen von ihm die Antwort bekommt, er habe gehört, man suche ihn und wolle seinen Kopf für den Kaiser von Russland, er beisse sich nun auf den Bart, damit man ihn nicht erkenne, so haben wir darin ein paar Beispiele extremen Darniederliegens aller kritisierenden Associationen. Auch hier drängt sich die Analogie mit dem Verhalten des Traumbewusstseins auf.

Wo der Angstaffekt fehlt, wird der Inhalt des gefälschten Bildes der Aussenwelt durch Situationen, die dem Alltagsleben, den gewohnten Ideenkreisen des Kranken entnommen sind, gebildet.

Es spricht sich dies besonders deutlich in der Art des Beschäftigungsdrangs des Kranken aus, der seine Elemente bekanntlich der Beschäftigung, der der Delirant in gesunden Tagen oblag, entnimmt. Der Kutscher kutschiert, der Fleischer macht Würste, der Schreiber glaubt sich im Bureau, sucht und paginiert Akten, unser früherer Laboratoriums- und Leichendiener behandelte die Bettstücke als Leichen und legte Gehirne in Müller'sche Flüssigkeit.

Nur selten findet man hiervon Abweichungen. Eine solche fand ich bei einem Schreiber. Derselbe war bis zum Jahre 87 Sergeant

gewesen und seitdem als Schreiber auf einem Civil-Bureau beschäftigt. Im Delir beschäftigte er sich die ersten 3 Tage ausschliesslich im Sinne seines Bureaudienstes, begrüsste den Arzt als „Bureauvorsteher", sprach von den Akten, die noch zu erledigen, registrierte, machte Anschreiben u. s. f. Am 4. Tage war das Bild wesentlich anders, Er begrüsste den Arzt als „Herr Hauptmann", kommandierte viel, „stillgestanden", „Achtung präsentiert das Gewehr", machte militärische Meldungen. Die Änderung erstreckte sich selbst auf die Affektlage, er wurde grob gegen das Wartepersonal und schimpfte ganz wie ein Unteroffizier.

Der Kranke schlief am 5. Tage ein, bekam aber zwei Tage darauf einen Rückfall. Dabei wiederholt sich nun derselbe Turnus, bis zum 3. Tage des Beschäftigungsdelir als Schreiber, dann bis zum Schluss die militärische Übung. Dabei ging die Störung nicht etwa soweit, dass er nun thatsächlich sich für einen Sergeanten hielt, sondern er wusste, wenn man ihn frug, sehr wohl, dass er Bureauschreiber war.

Während man im allgemeinen sagen kann, dass die Vorstellungen und Bewegungskombinationen, die im Alltagsleben durch regelmässige Wiederkehr die geläufigsten sind, sich während des Delirs besonders erregbar zeigen, finden wir in diesem Falle, dass das toxische Element des Delirium tremens auch im Stande ist, alte, längst nicht mehr aktivierte, Erinnerungsreihen einheitlich und zusammenhängend hallucinatorisch zu objektivieren. Immerhin scheint dies die Ausnahme zu bilden, ich konnte wenigstens in keinem andern Falle ähnliche Beobachtungen machen.

Von Interesse ist noch die Frage, wie das Bewusstsein des Deliranten die krankhaften Elemente verarbeitet.

Wo ein Psychose akut mit Sinnestäuschungen einsetzt, findet man fast ausnahmslos den Zustand der Ratlosigkeit, ein Affekt, auf dessen fundamentale Bedeutung von Wernicke schon vor langer Zeit hingewiesen worden ist. Die Äusserungen der Kranken in diesem charakteristischen Zustande weisen darauf hin, dass es sich dabei um nichts anderes handelt, als um den Ausdruck der subjektiv empfundenen Unfähigkeit, die neuen inadäquaten Erlebnisse mit dem noch intakten Bewusstseinsinhalte zu associieren. Wo der Einbruch einer Geisteskrankheit nicht plötzlich, sondern langsam statthat, finden wir den Erklärungswahn wiederum als Ausdruck

eines Bedürfnisses, die disparaten Erfahrungen mit dem alten Bewusstseinsinhalt in associativen Connex zu bringen.

Es ist nun ganz charakteristisch, dass wir diese beiden Symptome beim Delirium tremens garnicht oder nur in den elementarsten Anfängen antreffen. Wir finden darin wiederum einen Beweis dafür, dass die associative Thätigkeit sehr darniederliegt.

Besonders lehrreich sind hier die Beziehungen zwischen Alkoholdelir und Alkoholhallucinose (akute Hallucinose Wernicke's). Der wesentliche symptomatologische Unterschied der beiden Krankheiten besteht darin, dass bei der Hallucinose die Orientierung erhalten ist und sehr rasch eine ausgedehnte systematisierende Verarbeitung der Sinnestäuschungen statthat. Man findet nun gelegentlich Übergänge zwischen beiden Erkrankungen, Hallucinosen von der kurzen Dauer des Delirs mit Sinnestäuschungen, die ganz den Typus der deliranten Hallucinationen tragen, bei denen aber die associative Schwäche nicht bis zur Orientierungsstörung geht und bei denen man auch eine Verarbeitung im Sinne des Erklärungswahns antrifft. Man kann sagen der Grad des vorhandenen Erklärungsbedürfnisses ist umgekehrt proportional der Intensität der associativen Störung. Man findet deshalb namentlich auch im Beginn des Delirs, wo die associative Lähmung noch nicht so vollständig ist, gelegentlich Zustände, wo das systematisierende Element so sehr im Vordergrund steht, dass man geneigt ist, an eine beginnende Alkoholhallucinose zu denken. Im weiteren Verlauf verliert sich dann der Erklärungswahn gänzlich.

Nach der Rückbildung der Hallucinationen trifft man mitunter auf ähnliche Erscheinungen.

Im allgemeinen pflegt man die Anschauung zu haben, dass nach dem Erwachen aus dem kritischen Schlafe auch die Krankheitseinsicht vorhanden ist und sofort die falschen Vorstellungen korrigiert sind, etwa wie es beim Traum der Fall ist. Bei eingehender Krankheitseinsichtsprüfung findet man, dass dies nicht immer der Fall ist; man trifft nicht so sehr selten — auch Liepmann führt hierfür Fälle an — auch nach Ablauf des Delirs wahnhafte Residuen, die oft mehrere Tage lang anhalten. An sie gliedert sich dann ein kurzdauerndes Wahnsystem an. Insbesondere sind es die Missdeutungen von Massnahmen, die mit ihnen während des Delirs vorgenommen werden mussten (Einspritzen von Campher, Festhalten durch das Wartepersonal während der Einspritzung, Bäder etc.), die sich der

Korrektur schwieriger zugänglich zeigen und zu Beeinträchtigungsideen gegen das Personal führen. Wo derartige paranoische Zustände die Dauer von wenigen Tagen überschreiten, wird man mit der Diagnose einfaches Alkoholdelirium vorsichtig sein müssen und man wird gut thun, nachzusehen, ob nicht eine paranoische Veranlagung vorliegt, beziehungsweise ob nicht eine durch den chronischen Alkoholismus herbeigeführte chronische Psychose, z. B. der Eifersuchtswahn das Haften von Beeinträchtigungsideen begünstigt.

Affekt.

Es ist noch die Affektlage des Deliranten zu besprechen.

Im Beginn des Delirs und häufig schon mehrere Tage vor dem Ausbruch der eigentlich deliranten Symptome findet man fast ausnahmslos eine ängstlich unruhige Verstimmung. Ganz gewöhnlich gehen auch dieser Erscheinung ängstliche Träume mit lebhaften Hallucinationen voran, aus denen die Kranken aufschrecken um oft minutenlang nicht zu wissen, wo sie sind.

Im Verlauf des Delirs bleibt der Angstaffekt häufig bestehen, aber er ist fast ausnahmslos von geringer Nachhaltigkeit. Man hat selten Schwierigkeiten, Deliranten auch aus wildem Angstdelirium abzulenken und für eine Untersuchung zu gewinnen. Es bedarf dazu nur geringen Zuspruchs und suggestiver Ablenkung.

Die Angst wird stets in der Brust lokalisiert, wo sie überhaupt zugegeben wird. In den Fällen, in welchen die Angst an schwere somatische dyspnoische Erscheinungen gekettet ist, bei Pneumoie, schwerer Herzdegeneration, gelingt es allerdings nicht immer, sie so zu beseitigen, dass sie kein Untersuchungshindernis bildet.

Der Grund für die auffällige Erscheinung, dass die Angst und der ängstliche Charakter der Vorstellungen und Hallucinationen während der Untersuchungen, die man anstellt, und überhaupt sobald man sich mit dem Kranken beschäftigt, regelmässig zurücktritt, muss in Eigentümlichkeiten des spontanen Delirs gesucht werden. Es ist mir nicht unwahrscheinlich, dass die Ruhelosigkeit und die körperliche Anstrengung, zu der der sich selbst überlassene Delirant durch die sich immer wieder erneuernden Bewegungsanregungen genötigt wird, die ohnehin beim Trinker weniger leistungsfähige Herzthätigkeit vermehrt und zu einer dyspnoischen Sensation führt, welche sich zu dem präkordialen Angstgefühl, das

ohne Zweifel, wie die Beobachtung abortiver Delirien zeigt, primär schon besteht, summiert.

Die grössere Zahl der bewegten Hallucinationen im spontanen Delir, namentlich derer, die dem Kranken den Raum, in dem er sich befindet, schwankend und unsicher erscheinen lassen und ihn zu Abwehrbewegungen veranlassen, trägt ohne Zweifel mit zu der Vermehrung der Angst im spontanen Delir bei.

Endlich begünstigt die Zerstreuung der Aufmerksamkeit, wie wir sie im spontanen Delir im Gegensatz zu dem durch den Versuch beeinflussten beobachten, im Zusammenhang mit dem vorhandenen primären präkordialen Angstgefühl ein erleichtertes Auftauchen verwandter d. h. ängstlicher Vorstellungen.

Den Hallucinationen an sich wohnt, wie die grosse Anzahl der Untersuchungen ergeben, kein ängstliches Element, überhaupt keine spezifische Affektbetonung inne. Es ist bemerkenswert, dass dem schweren Charakter der Angstvorstellungen keineswegs regelmässig eine entsprechende Intensität des Affektes parallel geht. Der Grund hierfür liegt darin, dass den Vorstellungen der Deliranten die zahlreichen associativen Verknüpfungen abgehen, deren Bestehen erst einer Situation die schreckhafte Bedeutung verleiht. Das Kind, das den optischen Bestandteil des Feuers noch nicht mit dem taktilen associiert hat, scheut das Feuer nicht. Der Delirant befindet sich, wie wir mehrfach gesehen haben, mit seinen Begriffen in einem ähnlichen funktionellen Defektzustande.

An Stelle der Angst oft auch mit ihr gemeinschaftlich findet man nicht selten eine gemütliche, leichte Euphorie, die oft in auffälliger Weise mit dem Inhalte der Angstvorstellungen kontrastiert. Ich kann den Ausdruck „Galgenhumor", den Kräpelin auf diese Erscheinung anwendet, nicht ganz glücklich finden. Der paradoxe Affekt des Galgenhumors entspringt in einer mehr weniger aussichtslos erscheinenden Situation, einer Art Resignation, ja er bedeutet sogar noch mehr als das und hat jedenfalls die volle Kenntnis der Gefahr zur Voraussetzung. Gerade das letztere Element fehlt dem Deliranten. Die Euphorie, die übrigens keineswegs allen Deliranten eigen ist, dürfte wohl richtiger als ein Ausdruck psychischer Schwäche zu deuten sein nnd am ehesten mit der bei der progressiven Paralyse und auch bei manchen organischen Gehirnerkrankungen anzutreffenden Euphorie in verwandschaftliche Beziehung zu bringen sein.

Schletter'sche Buchhandlung, Breslau.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke,

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1. **Heilbronner,** Dr. med. **Aphasie und Geisteskrankheit.**

Heft 2. **Bonhoeffer,** Dr. med. **Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen.**

Heft 3/4. **Heilbronner,** Dr. med. **Über Asymbolie.**

Heft 5. **Sachs,** Dr. med., Privatdocent. **Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.**

Heft 6/7. **Bonhoeffer,** Dr. med., Privatdocent. **Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten.**

Die Abhandlungen erscheinen in zwanglosen Heften von ungefähr 2 Bogen Umfang oder entsprechend stärkeren Doppelheften und bilden je 15 eine Serie. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt M. 1,00, der Subskriptionspreis für eine Serie M. 11,25.

Adolf Schuftan, Dr. med. **Botanik für Mediziner.** Preis M. 2,80

Carl Weigert, Dr. Geheimrat Prof., **Beiträge zur Lehre von den Pocken.**
I. Teil Preis M. 4,00
II. Teil Preis M. 1,80

Carl Wernicke, Prof., Dr. und Medizinalrat. **Atlas des Gehirns.** Schnitte durch das menschliche Gehirn in photographischen Originalen. Herausgegeben mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften in Berlin Abt. I. 32 Frontalschnitte durch eine Gehirnhemisphäre. M. 75,00

„ „ **Krankheiten der inneren Kapsel.** Ein Beitrag zur Diagnose der Heerderkrankungen. Preis M. 1,25

„ „ **Der aphasische Symtomencomplex.** Eine psychol. Studie auf anatom. Basis. Preis M. 2,00

Buchdruckerei Marctzke & Märtin, Trebnitz in Schles.

Ein Fall

von reiner Sprachtaubheit

von

Dr. phil. et med. **H. Liepmann,**

Assistenzarzt der Königl. Psychiatr. Klinik zu Breslau.

BRESLAU 1898.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Die subkortikale sensorische Aphasie Lichtheims hat sich bisher nicht die allgemeine und uneingeschränkte Anerkennung erringen können, welche anderen Formen von Sprachstörungen, insbesondere der kortikalen, motorischen und sensorischen Aphasie zu teil geworden ist. Besonders in den letzten Jahren hat das Krankheitsbild Anfechtungen von verschiedenen Seiten erfahren. Das Krankheitsbild soll sich bekanntlich durch aufgehobenes Sprachverständnis, Nachsprechen und Diktatschreiben bei vorhandenem Hörvermögen und Intaktheit aller übrigen expressiven und receptiven Sprachleistungen charakterisieren. Ich sehe hier zunächst von dem in dem Namen gelegenen Hinweis auf eine bestimmte Lage des Herdes ab und fasse nur das geschilderte klinische Bild ins Auge. Man kann die drei genannten Ausfallssymptome auf einen Grunddefekt reduzieren: Die gesprochenen Worte werden schon als blosse Lautgefüge nicht percipiert, d. h. schon die primäre Identifikation Wernickes findet nicht statt. Dass sie dann weder nachgesprochen, noch aufgeschrieben, noch dem Sinn nach verstanden werden können, ist die selbstverständliche Folge dieses Defektes.

Man bezeichnet das Krankheitsbild daher auch kurz und ohne lokalisatorische Präjudizierung als Sprachtaubheit.*) Um Ver-

*) Ganz befriedigend ist zwar diese Bezeichnung auch nicht. Streng genommen bedeutet „Taubheit" aufgehobenes Hören. Die betreffenden Kranken hören nun bekanntlich das Sprechen. Es klingt ihnen wie wirres Geräusch. Aber die Sprache des Lebens bietet uns nicht zwei verschiedene Bezeichnungen für die beiden erst klinisch aufgedeckten Formen aufgehobener Wortperception. Will man daher die klinische Terminologie nicht mit einem neuen Kunstwort belasten, so muss man die kleine Ungenauigkeit, welche in dem Wort „Sprachtaubheit" liegt, in Kauf nehmen.

wechselungen mit den vielfach auch als Sprachtaubheit benannten Formen der kortikalen und transkortikalen Aphasie vorzubeugen, wird es sich empfehlen, die „subkortikale“ als „reine Sprachtaubheit“ zu bezeichnen.

Es sind einzelne, wenn auch spärliche, Belege für die reine Sprachtaubheit schon von den älteren Autoren erbracht worden. In erster Linie ist der Lichtheim'sche Fall zu nennen (1885), dann (1886) brachte Wernicke eine kurze Notiz über einen analogen, von ihm beobachteten Fall. Es folgte 1892 ein noch näher zu besprechender Fall von Pick (Arch. f. Psych. Bd. 23, S. 909), bei dem zum ersten Mal ein Sektionsbefund erhoben wurde. Die Sektion ergab beiderseitige Herde im Schläfenlappen. Angesichts dieser Schädigung beider Hörsphären und der klinisch schon unverkennbar hervorgetretenen Schwerhörigkeit des Kranken stellt P. ganz kurz die Erwägung an, ob nicht die von Siemerling gegebene Deutung einzelner Fälle von Seelenblindheit auch für die Worttaubheit Anwendung fände, d. h. ob nicht eine allgemeine Schädigung des Hörvermögens das Bild der Worttaubheit machen könne.

Damit war dem Gedanken Ausdruck gegeben, welcher seitdem von verschiedenen Autoren aufgenommen, das Bestehen des Krankheitsbildes im Sinne Lichtheims und Wernickes bedrohte. Beiden Forschern war die subkortikale sensorische Aphasie eine reine Störung der Sprachperception, von den späteren Autoren wurde sie immer mehr zu einer Erkrankung des Hörapparates gestempelt. Die Sprachtaubheit sollte eine Folgeerscheinung der allgemeinen Störung des Hörvermögens sein — mindestens in der Mehrzahl der Fälle.

Es spitzt sich damit das Problem auf die Abgrenzung der Sprachtaubheit gegen die gemeine Taubheit, resp. Schwerhörigkeit zu. Die älteren Autoren haben es mit dem Nachweis ausreichenden Hörvermögens bei ihren Fällen leicht genommen.

Lichtheim sagt von seinem Kranken, er habe den Eindruck eines Stocktauben gemacht. Nachher erwies sich aber, dass er Klingeln, Musik und verschiedene Geräusche hörte, daraufhin nahm Lichtheim an, dass das Hörvermögen zum Sprachverständnis ausreiche. Pick giebt in dem schon erwähnten Falle auch nur eine ganz allgemeine subjektive Schätzung des Grades der Schwerhörigkeit, ebenso wie auch in seinem zweiten, im Jahre 1896 veröffentlichten Falle. Wernicke

teilte in der kurzen Bemerkung allerdings mit, dass sein Patient einen Defekt für hohe Töne hatte.

Neuere Erfahrungen und Erwägungen haben aber zu erheblich strengeren Anforderungen an den Nachweis ausreichenden Hörvermögens geführt.

Ich fahre in der Darlegung der Entwickelung fort, welche zu diesen gesteigerten Ansprüchen führte.

In demselben Jahre, in welchem Pick die oben erwähnte Erwägung anstellte, brachte Bleuler einen Artikel: Zur Auffassung der subkortikalen Aphasieen (Neurol. Centralbl. 1892 No. 18). Er tritt darin für den Gedanken ein, dass eine allgemeine Gehörsstörung das Verstehen der Worte aufheben kann, ohne dass die Wahrnehmung anderer Schallqualitäten erheblich alteriert ist; dass daher die Worttaubheit nicht notwendig auf eine centrale Läsion zurückzuführen sei. Ihn brachte die Beobachtung darauf, dass man das Sprechen im Nebenzimmer befindlicher Personen, ebenso wie ziemlich leise Geräusche dort höre, auch die Sprechenden an der Stimme erkenne, aber nur ausnahmsweise im Stande sei, ein Wort oder einen Satz zu verstehen. Es träte hier also durch physikalische Mittel eine Art Wortschwerhörigkeit auf. Es sei nun nicht unwahrscheinlich, dass sowohl Ohrenkrankheiten wie Affektionen des kortikalen Gehörcentrums das Symptom ebenfalls hervorbringen könnten, „indem sie z. B. den Ablauf der Klangbilder der einzelnen Laute oder Silben verlangsamen, und dadurch ein Ineinanderfliessen der verschiedenen Wortbestandteile bewirken“ etc.

Diesen Gedanken hat C. S. Freund am nachdrücklichsten ausgeführt und verfochten in seiner Arbeit, „Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit“ (1895) F. hat zwei Patienten, welche Hörreste bei aufgehobenem Sprachverständnis zeigten, einer sorgfältigen Prüfung unterzogen, und zwar ist sein zweiter Fall identisch mit dem erwähnten Fall Wernickes. F. weiss nun wahrscheinlich zu machen, dass in beiden Fällen doppelseitige Labyrintherkrankung vorlag. Beide Patienten waren auf einem Ohr total taub, hatten auf dem andern, mit Stimmgabeln geprüften, grössere Defekte. Insbesondere zeigte der Wernicke'sche Patient den schon von Wernicke mitgeteilten Defekt für hohe Töne. F. sucht nun zu erweisen, dass in beiden Fällen keine cerebrale Sprachstörung im Sinne Lichtheims und Wernickes vorlag, sondern dass die Sprachtaubheit auf Rechnung der hochgradigen Schwerhörigkeit zu setzen sei.

Er stützt sich dabei auf Vergleiche des Sprachverständnisses seiner beiden Patienten mit dem von Taubstummen, welche über Hörreste verfügten. Da Taubstummheit in der Mehrzahl der Fälle auf Labyrintherkrankung beruhen soll, schien ihm dies mit Recht ein geeigneter Weg, um festzustellen, in welcher Weise das Sprachverständnis durch Gehörsstörungen beeinflusst wird. Er findet nun eine grosse Ähnlichkeit in dem Verhalten der Taubstummen, bei denen als mutmassliche Ursache der Taubheit doppelseitige Labyrinthkrankheit angenommen wurde, mit dem der beiden vorausgeschickten Fälle von „sogenannter subkortikaler Aphasie". Die geprüften Taubstummen hätten zwar ein erheblich besseres Sprachverständnis, es handele sich aber nur um graduelle Unterschiede. Dort wie hier werden die Sprachelemente nicht deutlich aufgefasst und unterschieden, und infolgedessen von den Worten unreine Klangbilder aufgenommen.

Das Hauptergebnis seiner Arbeit sieht Freund in dem „Nachweise, dass der klinische Begriff der „Sprachtaubheit" unzulänglich und zwar zu eng gefasst ist. Das entsprechende Symptomenbild ist nicht ausschliesslich der Ausdruck für eine Läsion, welche die Funktion des Nerv. acusticus innerhalb seiner centralen Endausbreitung in der Rinde des Schläfenlappens oder auf seinem „subkortikalen" Wege durch das Marklager des Grosshirns beeinträchtigt. Auch unter dem Einfluss von Gehörleiden, welche extracerebral peripherwärts lokalisiert sind, kann Sprachtaubheit zur Entwickelung gelangen.

Dass Freund den Weg der Vergleichung Aphasischer mit hörenden Taubstummen eingeschlagen hat, und damit die Frage nach dem Verhältnis von Schwerhörigkeit zu Sprachtaubheit von dem Niveau allgemeiner Erörterungen auf das detaillierter und konkreter Untersuchungen gehoben hat, ist als verdienstlich zu bezeichnen, wenn auch auf Grund der auf demselben Wege gefundenen und weiter gediehenen Ergebnisse Bezolds die Schlussfolgerungen Freunds verworfen werden müssen. Prinzipiell ist wohl Freund zunächst durchaus zuzugeben, dass Störungen des Hörvermögens, speziell auch Labyrinthleiden, das Sprachverständnis aufheben oder hochgradig alterieren können, und dass deshalb Angaben älterer Autoren über Sprachtaubheit, ohne Beifügung einer genauen Hörprüfung, nicht zwingend sind.

Belege für Sprachtaubheit durch Gehörstörung sind nicht nur bei Taubstummen den Ohrenärzten bekannt. Ein nach der Freund'schen

Arbeit erschiener neuerer Pick'scher Fall (Arch. f. Psych. 1896) hat eine ausgezeichnete Illustration dazu geliefert.

Picks Pat. zeigt neben körperlichen Symptomen, die auf einen basalen Herd wiesen, aufgehobenes Sprachverständnis, ohne dass er taub war. Jedoch ertaubte er nach 2—3 wöchentlicher ärztlicher Beobachtung total. Wie weit das Hörvermögen in den der totalen Ertaubung voraufgegangenen Wochen gestört war, ist leider nicht angegeben. Das Hörvermögen ist, abgesehen von der subjektiven Angabe des Pat., dass er höre, nur durch den Satz charakterisiert „bei Fragen zeigt sich, dass er auf beiden Ohren hört, links, wenn man in gewöhnlicher Stärke ins Ohr spricht, rechts erst bei lautem Rufen". Der Mangel einer genauen Hörprüfung wird glücklicherweise einigermassen ausgeglichen durch den Sektionsbefund: Es fand sich ein Kleinhirntumor, welcher die Medulla komprimierte und beträchtlicher Hydrocephalus. P. lässt es dahin gestellt, „ob es sich um direkte Tumorwirkung auf die Acustici, oder Wirkung des Hydrocephalus auf die Acusticus-Stämme handelt".

Hier war also wohl die „Sprachtaubheit" durch eine Schädigung der peripheren Hörbahnen bedingt. P. nimmt demgemäss an, dass diese Form der Worttaubheit durch Herabsetzung einzelner oder aller das Hören konstituierender Prozesse bedingt ist. In diesem Sinn entbehrt also die Freund'sche Aufstellung nicht der Bestätigung.

Es fragt sich nun aber, ob es sich empfiehlt, wie Freund will, auf Grund solcher Fälle den Begriff der Sprachtaubheit zu erweitern (er ist „unzulänglich und zwar zu eng gefasst". S. 107 l. c.) d. h. das durch allgemeine Hörstörung aufgehobene Sprachverständnis, sei letztere verursacht an welcher Stelle sie wolle, zusammenzuwerfen mit der reinen Sprachtaubheit im Sinne der subkortikalen Aphasie Lichtheims und Wernickes. Will man letztere nicht überhaupt verwerfen, so meine ich, kommt es vielmehr darauf an, die Fälle der ersteren Art scharf abzugrenzen, von denen der zweiten.

In der That bedeutet Freunds Erweiterung nicht nur eine Erweiterung, sondern eine Sprengung des Begriffs der Sprachtaubheit im Sinne Lichtheims und Wernickes. Die Sprachtaubheit als Folge einer Gehörsstörung ist überhaupt keine Erkrankung der Sprache, sondern eine Erkrankung des Gehörs, die als solche und an sich das Sprachverständnis in Mitleidenschaft zieht. Sie kann ebensowenig

Aphasie genannt werden, wie eine Dysarthrie infolge von Zungenlähmung, oder wie man von Tastlähmung sprechen kann, sobald das Erkennen der Gegenstände durch Vernichtung der peripheren Sensibilität der Finger beeinträchtigt ist. Will man daher nicht die Existenz der reinen Sprachtaubheit im oben definierten Sinn als einer cerebralen, von einer Gehörsstörung unabhängigen Erkrankung in Frage ziehen, was z. B. Freud gethan hat — ob mit Recht wird später zur Sprache kommen — so gilt es, diese Form von der Sprachtaubheit im Sinne Picks Bleulers und Freunds streng zu trennen. Man kann die letztere Form mit Ziehl als akustische Sprachtaubheit bezeichnen. Ihr gegenüber stände dann die reine Sprachtaubheit. Das Wort „rein" würde dann dazu dienen, nicht nur die Abgrenzung des vorliegenden Krankheitsbildes gegen andere aphasische Störungen, sondern auch gegen Hörstörungen vorzunehmen.

Dass Freund diese Trennung nicht vornahm, ist begreiflich. Es lagen ihm einerseits keine Fälle von Sprachtaubheit vor, in denen die Intaktheit des Hörvermögens ausser Zweifel stand, andererseits fehlte ihm ein sicheres Kriterium dafür, welches Mass von Schwerhörigkeit an und für sich das Verständnis für Sprache aufhebt.*) In Ermangelung eines solchen Kriteriums kann nun auch Freund den Beweis nicht zwingend machen, dass im einzelnen Falle die Sprachtaubheit durch die Schwerhörigkeit bedingt sei, im anderen über sie hinaus weise. Er muss sich mit vergleichenden, subjektiven Abschätzungen und Wahrscheinlichkeitsgründen begnügen. Es erwächst daher die Aufgabe, zu prüfen, ob Freund für seine beiden Fälle „sogenannter subkortikalen Aphasie" insbesondere den Wernicke'schen, der Nachweis gelungen ist, dass es sich hier ausschliesslich um periphere Erkrankung handelt.**)

---

*) Ein solches Kriterium wird ja erforderlich sein, da begreiflicherweise ein völlig intaktes Hörvermögen bei Sprachtaubheit infolge der anatomischen Verhältnisse eine Seltenheit sein muss.

**) Pick geht in seiner neuesten, mir erst während der Korrektur dieser Arbeit zu Gesicht gekommenen Publikation: „Beiträge zur Pathalogie und pathalogischen Anatomie des centralen Nervensystems (1898)" noch über den Freund'schen Standpunkt hinaus: auf Grund mehrerer Sektionsbefunde zweifelt er überhaupt die Existenz einer subkortikalen sensorischen Aphasie im ursprünglichen Sinne an, und erkennt nur die Form an, welche wir mit Ziehl „akustische Sprachtaubheit" nannten.

„Thatsachen . . . und Schlüsse drängen zu der Annahme, dass es sich auch bei der durch Grosshirnläsion bedingten subkortikalen sensorischen Aphasie um eine durch

Ich glaube nun, dass seit dem Erscheinen der Freund'schen Arbeit die Bedingungen gegeben sind, einerseits das Krankheitsbild der reinen Sprachtaubheit im Lichtheim-Wernicke'schen Sinne zu sichern, andererseits es scharf gegen diejenigen Fälle aufgehobener Sprachauffassung abzugrenzen, welche auf allgemeiner Hörstörung beruhen. Diese Bedingungen sind gegeben teils durch die schon erwähnten Untersuchungen des Münchener Otologen Bezold, teils durch die Beibringung mehrerer Fälle, in denen entweder jede Gehörsstörung fehlte, oder die Unabhängigkeit der Sprachtaubheit von einer verhältnismässig geringen Gehörsstörung sich durch Verwertung des von Bezold gelieferten Kriteriums ausser Zweifel stellen liess. Ich meine

1. den in dieser Arbeit mitzuteilenden, von mir seit September 1896 beobachteten Fall.*)

2. einen der von Bezold besprochenen Taubstummen, einen von ihm in Anschluss an Prof. Anton als „sensorische Aphasie" gedeuteten Fall, der mir als zweifelloser Beleg der hier besprochenen Krankheitsform erscheint,**)

3. den Fall von Ziehl (Über einen Fall von Worttaubheit und das Lichtheim'sche Krankheitsbild der subkortikalen sensorischen Aphasie. Dtsch. Ztschrft. f. Nervenheilk. 1896),

---

Verminderung der parcipierenden sensorischen Elemente oder durch Verringerung der zuführenden Fasern bedingte Herabsetzung des Hörvermögens handelt". (l. c. S. 69.)

Den Grund zu dieser Stellungnahme geben Pick mehrere Sektionsbefunde mit doppelseitigen Läsionen der Rinde des Schläfenlappens ab. Er glaubt daraufhin, die Lehre von einer einseitigen, subkortikalen Lage des die Krankheit bedingenden Herdes widerlegt, und hält es für mehr als wahrscheinlich, dass die Krankheitsform überhaupt, soweit sie nicht peripher bedingt ist, durch doppelseitige Läsion des Schläfenlappens zu Stande kommt.

Meines Erachtens waren die Pick'schen Fälle keine Fälle reiner Sprachtaubheit, wie ich in dem Nachtrage des Näheren ausführen werde.

Obgleich Pick die „reine", nicht akustische Sprachtaubheit in unserm Sinne nicht mehr anerkennt, verwirft er doch ebenso wie wir Freunds Zusammenfassung der verschieden lokalisierten Arten der Worttaubheit, welche er „als einen wesentlichen Rückschritt" (l. c. S. 90) bezeichnet.

*) Ich stellte ihn in der Februarversammlung des Vereins ostpreuss. Irrenärzte vor.

**) Adlers Fall (Neurol. Centralbl. 1891) enthält zuviel unserem Krankheitsbild fremde Elemente (Lese-, Schreib- und Sprachstörungen), als dass er unter den Belegen für dasselbe aufgeführt werden könnte. A. selbst fasst ihn auch als Kombination von subkortikaler und transkortikaler Aphasie.

4. den Wernicke'schen Fall, für den sich der Nachweis erbringen lässt, dass er mit Unrecht von Freund allein auf doppelseitige Labyrintherkrankung zurückgeführt wird.

Der Ziehl'sche Fall ist zwar nicht absolut rein, insofern sich Beimischungen von Paraphasie, Paragraphie und Paralexie fanden; sie treten jedoch gegenüber der Hauptstörung derart in den Hintergrund, dass der Fall mit Recht nach dieser bezeichnet werden kann. In dieser Beziehung ist der meinige, eine im strengsten Sinne reine Sprachtaubheit, dem Ziehl'schen Fall überlegen, dafür ist der Ziehl'sche frei von jeder Gehörsstörung, während der meinige eine geringe, wie sich zeigen wird, nicht in Betracht kommende Abschwächung der Schallperception aufweist. Auch das Hörvermögen des Bezold'schen taubstummen Mädchens bleibt in gar nicht nennenswertem Grade gegen das normale zurück.

Die Untersuchungen, welche Bezold an Taubstummen anstellte, um Anhaltspunkte für die Feststellung der Grundkrankheit, welche zur Taubstummheit geführt hat, sowie für den Sprachunterricht Taubstummer, schliesslich im sprach-physiologischen Interesse vorgenommen hat, verdienen meines Erachtens das aufmerksamste Interesse der Neurologen. Ich fand, dass seine Ergebnisse wertvolle Schlussfolgerungen für das Verständnis der Sprachpathologie gestatten, und damit seiner Arbeit eine Tragweite geben, die über das von ihm selbst ins Auge gefasste Ziel hinausgeht.

Da ich nicht voraussetzen kann, dass die Arbeit ausserhalb otologischer Kreise bekannt ist, möchte ich ihre Ergebnisse kurz der Mitteilung meines Falles vorausschicken.

Bezolds Untersuchungen an Taubstummen.

Bezold*) hat Jahre hindurch an den Taubstummen des Münchener Central-Taubstummeninstituts überaus sorgfältige und eingehende Hörprüfungen mittelst der von ihm konstruierten ununterbrochenen Tonreihe angestellt und seine besondere Aufmerksamkeit auf das Verhältnis von Ton- und Sprach-Gehör gerichtet. Er kam zu dem

*) Das Hörvermögen der Taubstummen 1896 und Nachträge dazu 1897, Zeitschr. f. Ohrenheilkunde.

Ergebnis, dass es innerhalb der gesamten Tonreihe eine verhältnismässig kleine Strecke giebt, deren Perception unerlässlich für das Verständnis der Sprache ist. „Unbedingt notwendig für das Verständnis der Sprache ist nur die Perception der von den Tönen b'—g'' incl. umfassten Strecke in der Tonskala; ferner müssen die innerhalb dieses Intervalles gelegenen Töne bereits bei einem mittleren Grade von Intensität zur Perception des Ohres gelangen können; wenn die Hördauer für dieselben unter ein gewisses Niveau herabsinkt, so wird sie ungenügend für das Sprachverständnis. Wo das Gehör für das hier umgrenzte Stück der Tonskala doppelseitig verloren gegangen ist, findet sich durchgängig auch das Gehör für die Sprache verloren.“ S. 121 l. c.

Dagegen fand Bezold, dass grosse Ausfälle oberhalb und unterhalb dieser Strecke an sich durchaus nicht Sprachtaubheit zur Folge haben. Dem Ausfall gleichzusetzen ist immer die Verminderung der Hördauer. Die Hördauer ist ein Mass der Hörschärfe und bedeutet die Länge der Zeit, welche eine angeschlagene Stimmgabel noch nach stärkstem Anschlagen gehört wird. Bezold nennt eine Hördauer, welche nicht unter 0,4 der normalen heruntergeht, noch eine „verhältnismässig lange“ (S. 130).

Betrachten wir einige der Unterlagen, welche Bezold zu obigem Ergebnisse führten. Ein von ihm geprüftes Gehörorgan zeigte einen gänzlichen Ausfall der gesamten Tonreihe oberhalb g'', also eines Teils der zweigestrichenen, der drei-, vier- und fünfgestrichenen Oktave und der Galtonpfeifen, und besass nur den darunter gelegenen Teil der Skala mit fast normaler Hördauer. Trotzdem sprach dieses Gehörorgan — sit venia verbo — das andere desselben Individuums war erheblich schlechter — die Vokale a, e, i, die Konsonanten p, t, r, l und n, alle Zahlen und einzelne Sätze, wenn solche ihm in Konversationssprache auf 4 Meter und mehr vorgesagt wurden, nach! Dass ein Ablesen vom Munde oder Erraten mittelst der Tastempfindung von Muschel oder Gehörorgan sowohl bei Bezold's wie bei unsern Prüfungen durchweg ausgeschlossen war, sei hier ein- für allemal bemerkt.

Einem andern Gehörorgan fehlte dagegen gerade der untere Teil der Tonskala, nämlich annähernd die unteren 5 Oktaven (alle Töne unter b'). Die Hördauer für die erhaltene Strecke betrug 0,4 der

normalen. Trotzdem wurden T, K, R, P, Sch, A, F, J, V und alle Zahlen ausser 5 und 9 auf kurze Distanz verstanden.

Ein anderer Kranker ermangelte der Perception für die $4^1/_2$ unteren Oktaven, hat für die obere Hälfte der Skala nur eine Hördauer von 0,2—0,4. Trotzdem sprach er sämtliche Vokale, P, T, R und S von Konsonanten und alle Zahlen ausser 5 richtig nach.

Solche Fälle erlaubten Bezold die Strecken abzugrenzen, welche nach unten und nach oben ausfallen können, ohne dass Sprachtaubheit eintritt und führen ihn zu dem Schluss, dass „von der ganzen Tonskala nichts weiter als die kleine Strecke von b'—g'' incl. also eine grosse Sexte übrig bleibt, deren Perception sich als unumgängliche Notwendigkeit für das Verständnis der Sprache erweist."

Bezold giebt auch die Erklärung dafür, warum gerade die genannte Strecke am wenigsten für die Perception der Sprache entbehrt werden kann. Sie enthält nämlich den grössten Teil der charakteristischen Partialtöne der Vokale. Sie fällt gerade in die Mitte derjenigen Tonstrecke, welche nach Helmholtz die Eigentöne der Vokale einschliesst. Noch vollkommener deckt sich der Abschnitt mit dem durch die neueren und genaueren Ergebnisse Herrmanns abgegrenzten Bereich der Vokalpartialtöne. Ich gebe hier die Herrmann'sche Zusammenstellung über die Lage der für die Vokale charakteristischen Töne nach Bezold (S. 128) wieder, wobei ich die in die Strecke b'—g'' fallenden durch fetten Druck auszeichne.

U	c'—f'	**d''—e''**
O		**c''—dis''**
A		**e''—gis''**
E		**d''—e''** ais'''—h'''
I		e''''—f''''.

Dass die Strecke b'—g'' danach eine exceptionelle Stellung in der Tonreihe für das Sprachverständnis einnimmt und für dasselbe ganz unentbehrlich ist, leuchtet ein. Die Nutzanwendung, welche hieraus sich für den Nachweis einer cerebralen Sprachtaubheit ergiebt, ist klar. Zeigt bei einem Falle die Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe den Ausfall der von Bezold abgegrenzten Strecke (resp. ungenügende Hördauer), so ist das fehlende Sprachverständnis allein hierdurch erklärt, und das Vorhandensein anderer Teile der Tonskala, das Vernehmen von Geräuschen etc. nicht Grund, eine aphasische

Störung anzunehmen. Gemeine Taubheit bedingt dann die Sprachtaubheit.

Wie verhält es sich nun, wenn die Untersuchung die Intaktheit nur dieser Strecke erwiesen hat? Bezold sagt, nur sie ist unbedingt notwendig für das Verständnis der Sprache. Das heisst doch, jeder andere Teil der Tonskala kann fehlen, ohne dass das Verständnis von Gesprochenem gänzlich ausfalle, oder der Besitz dieser Strecke allein kann einiges Sprachverständnis ermöglichen. Bezold weist nun darauf hin, dass nicht das Umgekehrte gilt, dass Besitz dieser Strecke nicht immer mit Sprachverständnis verbunden sein muss. Er führt selbst eine ganze Reihe von Fällen an, bei denen es sich so verhielt. Bezold erwähnt auch, dass natürlich der Grund darin liegen kann, dass Perception erst bei einer Intensität der Töne eintritt, welche den Vokaleigentönen nicht eigen ist, was, soweit ich sehe, gleichbedeutend mit zu geringer Hördauer ist. Er warnt daher vor dem Schluss, dass jedesmal, wo überhaupt die Eigentöne der Vokale in den Tonbereich einer Person fallen, also ohne Berücksichtigung der Empfindungsschwelle, dieselbe darum auch den Vokal percipieren müsse (S. 123).

Wo nun trotz ausreichender Hördauer, trotz Vorhandenseins der genannten Strecke, ja trotz eines diese Strecke weit überragenden Hörbereichs dennoch das Sprachverständnis fehlt, schliesst Bezold mit Recht, dass die Ursache überhaupt nicht in den Hördefekten, sondern in cerebralen Sprachstörungen zu suchen ist. Dazu berechtigt ihn nicht nur der Nachweis, dass in diesen Fällen jeder Anhalt für Labyrintherkrankung fehlte, sondern allein der Hinweis auf die Fälle, welche mit viel geringeren Hörresten Sprachverständnis besassen.

Für die Festsetzung des Mindestmasses des zum Sprachverständnis erforderlichen Hörvermögens sind natürlich diese Fälle entscheidend. Wer dann mit gleichem oder gar grösserem Hörvermögen dennoch nicht Sprache versteht, bei dem muss eben ein anderes Moment daran Schuld sein, aber nicht der Hördefekt. Bei dem liegt dann cerebrale Sprachstörung vor.

Man könnte geneigt sein, in einer Richtung die Schlussfolgerungen Bezolds einzuschränken. B. bringt keinen Fall, der thatsächlich die gesamte Tonskala verloren hatte mit alleiniger Ausnahme der Strecke b'—g'' und dennoch Sprachverständnis besass.

Sein Schluss auf die besondere Dignität besagter Strecke basiert vielmehr, wie wir sahen, einerseits auf Fällen mit Sprachverständnis, denen alles oberhalb der Strecke fehlte, die aber unterhalb derselben noch ein Stück der Skala besassen, andererseits auf Fällen mit Sprachverständnis, denen alles unterhalb der Strecke fehlte, die aber noch über ein oberhalb der Strecke gelegenes Stück verfügten. Zwingend erscheint mir daher der Schluss: die Strecke allein genügt zum Sprachverständnis, noch nicht. Es wäre vielmehr möglich, dass zu dieser keinesfalls entbehrlichen Strecke ein Stück oberhalb oder unterhalb derselben hinzukommen müsste, wenigstens für ein nicht ganz rudimentäres nur auf einige Vokale und wenige Worte beschränktes Verständnis. Diese Möglichkeit scheint an Wahrscheinlichkeit zu gewinnen, wenn man bedenkt, dass die Strecke nur die meisten, aber durchaus nicht alle Obertöne der Vokale, geschweige denn der Konsonanten, enthält. Ein Teil dieser charakteristischen Töne liegt etwas höher, ein anderer etwas tiefer. Das Gehörorgan, dem also die unter oder über der Strecke liegenden Töne fehlen, muss die betreffenden Partialtöne gewissermassen erraten. Dass das bei Ausfall nur des darunter gelegenen, oder nur des darüber gelegenen Stückes der Tonreihe gelingt, beweisen die Bezold'schen Fälle. Dafür aber, dass es bei blossem Erhaltensein von b'—g'' gelingt, fehlt noch die empirische Unterlage. Ein Beispiel wird diese Erwägung einleuchtender machen.

Nach den von Bezold adoptierten Hermann'schen Feststellungen liegen die charakteristischen Obertöne des U von d''—e'' und c'—f', des E ebenfalls von d''—e'', ausserdem aber zwischen ais''' und h'''. Wer also weder die Strecke ais'''—h''' noch c'—f' besitzt, dem fehlen die wesentlichen Anhaltspunkte zur Unterscheidung des U und des E. Wer aber nur eine der beiden Strecken ausser der klassischen Strecke besitzt, hat diesen Anhaltspunkt: Wollen wir also, bis der thatsächliche Beweis von erhaltenem Sprachverständnis bei alleinigem Vorhandensein der Strecke b'—g'' erbracht ist, vorsichtig nur das aufstellen, was die schon vorhandenen empirischen Erhebungen gestatten unter Berücksichtigung der Lage der Obertöne, so müssen wir sagen: Die Strecke b'—g'' und etwa noch eine Oktave nach oben oder eine Oktave nach unten genügt zum Sprachverständnis.

Diese Einschränkung wird allerdings für den uns in dieser Arbeit beschäftigenden Gegenstand wieder erheblich abgeschwächt durch die Erwägung, dass sehr viel geringere Hörreste erforderlich sein werden zum Verständnis der Sprache bei Erwachsenen, die erst ertaubt sind, als sie im Vollbesitz der Sprache waren, also über alle Erinnerungsbilder verfügten, als für Individuen, die von Kindheit an den Hördefekt besassen. Höchstwahrscheinlich reduziert sich für diese die erforderliche Sprachstrecke doch auf das Bezold'sche Stück oder gar auf ein kleineres. Wir zweifeln nicht, dass weitere im Sinne und mit der Methode Bezolds angestellte Untersuchungen an Personen mit erworbener Taubheit bald das Minimum von Tongehör, bei welchem noch Sprachverständnis möglich ist, schärfstens präzisieren werden und nicht grösser, eher kleiner als die klassische Strecke erweisen werden. Nach dem jetzigen Stand der Forschung wird es vorsichtig sein, für den Nachweis des zum Sprachverständnis hinreichenden Hörvermögens das Vorhandensein der Strecke b'—g'' und noch eine Oktave darüber oder darunter zu fordern. Besitzt jemand diesen Hörbereich mit genügender Perceptionsdauer und

ist er trotzdem sprachtaub, so liegt eine aphasische Störung vor und zwar, wenn Sprechen, Schreiben, Lesen intakt sind, die sogenannte subkortikale Aphasie.

Der Fall Hendschel.

Von dem so gewonnenen Standpunkte wird es sich empfehlen, an die Prüfung der von Freund für seine Behauptung, der Wernickesche Fall (Hendschel) sei eine blosse Labyrintherkrankung, aufgestellten Gründe heranzutreten.

Ich muss bekennen, dass schon die Krankengeschichte, auch ohne Berücksichtigung des Hör- und Sprachbefundes, sehr eindringlich zu Gunsten einer cerebralen Ursache der Sprachtaubheit spricht. Freund hält sich an die „neuerdings" (d. h. 1895) von der Frau des Patienten erhaltenen Anamnese, welche aber in wesentlichen Punkten von den in der Krankengeschichte des H. in unserer Klinik niedergelegten Daten abweicht. Nach Freunds Darstellung hat der jetzt 68-jährige Potator im Jahre 1869 zum ersten Mal Krämpfe gehabt, 1870 ein Delirium potatorum, 1872 fiel er vom Kutscherbock herab auf den Hinterkopf; seitdem Sprachtaubheit. Erst nach 12 jährigem Bestehen derselben (wenn S. 44 von „2 Jahren hernach" die Rede ist, so liegt wohl ein Druckfehler vor) trat ein Krampfanfall mit rechtseitiger Parese ein; später oft Krämpfe mit transitorischen Hemiparesen, bald rechts, bald links. Im ganzen seit 1879 12 Aufnahmen auf der Irrenstation.

Die auch in dieser „neuesten" Anamnese gegebenen Hinweise auf cerebrale Erkrankung, nämlich die Hemiparesen, sucht Freund in ihrer Beweiskraft abzuschwächen, indem er hervorhebt, dass sie erst 12 Jahre nach dem Eintritt der Sprachtaubheit aufgetreten seien.

Es finden sich nun wie gesagt in den älteren Anamnesen wesentlich andere Angaben der Frau. Aus dem Krankenjournal unserer Klinik über Hendschel führe ich folgende Notizen an:*)

Anamnese im Jahre 1881. Im Jahre 1860 epileptischer Anfall. Im Sommer vorigen Jahres trat ein Anfall von Sprachstörung auf, starkes Stottern, welches sich

*) Die Anamnesen seit dem Jahre 1886 stammen von Herrn Dr. Freund, dem damaligen Assistenten der Klinik.

während 4—5 Wochen allmählich gab. Vor 3 Wochen plötzlich umgefallen; seit der Zeit kann er nicht mehr ordentlich sprechen, lallt blos.

Anamnese (der Frau) 1885: 1872 Fall von der Droschke auf den Hinterkopf. Bewusstlosigkeit, Gedächtnisschwäche, schlechtes Hören. „1873 bekam er einen Schlaganfall, konnte 6 Wochen garnicht sprechen. Sprache fand sich allmählich wieder, aber nicht ganz, auch Gedächtnisschwäche blieb."

Anamnese bei der klinischen Vorstellung im Jahre 1886: „Im Jahre 1870" Fall auf den Hinterkopf. Im Anschluss hieran eine hochgradige Sprachstörung, die nach den vorliegenden Berichten eine vorwiegend sensorische Aphasie gewesen sein muss.

Anamnese der Frau aus demselben Jahre: Im Jahre 1870 Fall vom Bock auf den Hinterkopf. „14 Tage krank, sehr starke Kopfschmerzen (Summen) in der Stirn und hochgradige Sprachstörung. Seine Sprache war undeutlich lallend, „er sagte die Worte nur halb, er brachte alles dumm und unzusammenhängend heraus", man hätte darüber lachen können. Er gab sich Mühe beim Sprechen, trotzdem verstand man ihn nur sehr schwer. War letzteres der Fall, so war er sehr ärgerlich. —

Er verstand nicht, was seine Angehörigen zu ihm sprachen. . . . Auch wie die Folgen von dem Fall geschwunden waren, wurde er in der ersten Zeit von keinem Meister angenommen . . ., er konnte sich sprachlich mit ihnen nicht verständigen. (Er verstand sie nicht und sie verstanden ihn nicht). Nach ca. 6 Wochen konnte er versuchsweise zur Aushülfe benutzt werden, doch wurde er immer nach einiger Zeit wieder entlassen".

Diese 4 verschiedenen Anamnesen weichen zwar in Einzelheiten von einander ab. Im Jahre 1881 ist der Fall vom Kutscherbock mit der daran sich anschliessenden Sprachtaubheit gar nicht erwähnt, sondern nur 2 spätere Anfälle mehrwöchentlicher expressiver Sprachstörung. Im Jahre 1885 wird der Fall mit konsekutiver Schwerhörigkeit auf das Jahr 1872 verlegt, und ein Schlaganfall mit expressiver Sprachstörung in das nächste Kalenderjahr verlegt. Im Jahre 1886 wird der Fall in das Jahr 1870 verlegt und im unmittelbaren Anschluss an den Fall eine Sprachstörung, welche sowohl das Verstehen wie das Selbstsprechen betraf! Ob also der Fall vom Kutscherbock 1870 oder 1872 war, mag dahin gestellt bleiben, dass

aber entweder in unmittelbarem Anschluss daran, — nach 2 Anamnesen — oder nicht lange darauf — 1 Anamnese — eine Störung des Selbstsprechens eintrat, dass solche Störungen sich späterhin im Jahre 1880 und 1881 wiederholten, geht doch mit Sicherheit aus diesen wiederholten Angaben hervor.

Freund erwähnt nun diese ganzen expressiver Sprachstörungen betreffenden Angaben nicht mit einem Wort in seinem Buche.

Freund legt Wert darauf, dass „Erscheinungen von Seiten des Grosshirns", „Delirium mit Anzeichen von rechtsseitiger Hemiplegie", welche Wernicke zur Diagnosenstellung benutzt habe, erst im Jahre 1884 aufgetreten seien. Warum nimmt er nun von den Sprachstörungen die doch zweifellos „Erscheinungen von Seiten des Grosshirns" sind, und nach den erwähnten wiederholten Angaben wahrscheinlich gleichzeitig mit der Sprachtaubheit, spätestens aber im Jahre 1873 auftraten, keine Notiz? Von Erscheinungen, die so sehr seiner Behauptung, Hendschel sei nur labyrinthkrank, widersprechen, und die Annahme Wernickes, es liege cerebrale Sprachtaubheit vor, stützen?

Ich kann mir nur vorstellen, dass die „kürzlich" (d. h. kürzlich vor dem Jahre 1895, in welchem Freunds Buch erschien) von Freund vorgenommene Befragung der Frau H.'s, von den früheren abweichende Aussagen ergab, und ihm daher die Zuverlässigkeit der früheren Angaben verdächtigte.

Demgegenüber müsste doch aber erklärt werden, dass Mitteilungen aus dem Anfang der 80 er Jahre über Vorgänge, die Anfang der 70 er Jahre spielten, glaubhafter sind, als solche, die erst 20 Jahre und länger nach den betr. Ereignissen gemacht wurden, zumal nicht ersichtlich ist, wie die Frau des H. dazu hätte kommen sollen, die von ihr früher immer wieder behaupteten Sprachstörungen zu erfinden. Hatte Freund aber Gründe, die älteren Angaben zu Gunsten der viel späteren zu verwerfen, so wäre es der Sache dienlich gewesen, wenn er diese Gründe unter Vorlegung der ungeschmälerten und unredigierten Erhebungen angeführt und durch Darlegung der entscheidenden Daten dem Leser ein selbständiges Urteil ermöglicht hätte.

Wie gesagt, wird der Unbefangene nicht zweifeln, die älteren Angaben für bindende zu halten, und diese weisen darauf hin, dass H. zu derselben Zeit, in welcher er sprachtaub wurde, oder bald darauf, wochenlang paraphasisch war, also eine durch Labyrintherkrankung gar nicht zu erklärende Störung von Seiten der linken Hemisphäre zeigte.

Doch sehen wir jetzt von den anamnestischen Daten ab und wenden uns dem von Freund selbst mitgeteilten Sprach- und Hörbefunde zu.

Bezüglich des Sprachverständnisses gebe ich die Resultate der letzten Prüfungen wieder. Die durch einen Taubstummenlehrer vorgenommene, also besonders günstige Bedingungen bietende Prüfung ergab: (S. 80 l. c.)

I, E, Ei, Oi, Eu nicht aufgefasst, dagegen o und a noch in Entfernung von $^1/_2$ m. O hatte er bei früheren Prüfungen auch nicht verstanden (o = b, o = verstehe ich nicht) ebensowenig u. Von Konsonanten nur R verstanden. P, K, F alle als P bezeichnet, die weichen Konsonanten klangen ihm wie oe.

Zischlaute nicht nachgeahmt, zusammengesetzte Konsonanten „Wind".

Kurzum, die Buchstabenperception reduziert sich auf das Verständnis von a, o (?) und r. Von Worten versteht er dementsprechend so gut wie nichts, ausnahmsweise einmal eins (Messer, Kasten, S. 31), das er offenbar errät.

Von 5 ihm genannten Zahlen kann er z. B. keine einzige wiederholen.

Dass die Resultate sehr viel bessere wurden, wenn man Pat. davon verständigte, dass man ihm nur bestimmte Worte, etwa Wochentage, Zahlen, Monate u. s. w. vorsagen werde, will nicht für sein Hörvermögen sprechen. Es handelt sich dabei nur um ein Erraten aus Rhythmus, Silbenzahl, Tonfall und einzelnen Lautrudimenten. Selbst wenn so verabredet war, nur Zahlen vorzusagen, verfehlte er viele z. B. 21, 16, 18, 20, 100, 114, während er allerdings viele andere richtig wiederholte.

Dementsprechend versteht er Sätze überhaupt nicht, wenn er nicht das Ablesen von den Lippen zu Hülfe nimmt.

Bei einem so minimalen Sprachverständnis sollte man nur ein minimales Hörvermögen erwarten. Schon ohne Rücksicht auf die Bezold'sche Arbeit muss es nun Wunder nehmen, dass Freund nicht die auffällige Disharmonie zwischen dem geschilderten Wortverständnis und dem nachgewiesenen Hörvermögen konstatiert. Giebt doch Freund selbst an, dass seine Taubstummen III, IV, V erheblich besser nachsprechen bei schlechterem Hör-

vermögen für Töne*) obgleich doch für einen im Vollbesitz der Sprache Gewesenen viel geringere Hörreste genügen müssen, um Worte zu verstehen, als für den von Kindheit an Tauben.

Hendschel ist zwar nach Freunds Angabe auf dem rechten Ohr taub, das linke aber hört und hat nur einen Ausfall für hohe Töne (S. 25).

S. 35 heisst es: Am linken Ohr werden höchste Töne nicht percipiert, „c' und c'' wird ganz gut gehört, aber gis^4 absolut nicht".

Er singt Melodieen richtig nach. Auch die Töne ganz moderner — ihm sicherlich ganz unbekannter — Melodieen singt er richtig nach, auch wenn sie vorgepfiffen werden. Er ist im Stande, eine Saite der Geige richtig zu stimmen! Benennt Töne, die hinter seinem Rücken vorgegeigt werden, ohne Irrtümer, unterscheidet Halb- ja Vierteltöne! Nur die höchsten Geigentöne werden von ihm nicht percipiert und zwar von c^3, das noch erkannt wird, aufwärts. Von cis^3 bis d^3 schwankenke Angaben. Nach diesem Befund hat man den Eindruck, dass H. bis zu den höchsten Tönen recht gut hört.

Kann nun das Fehlen der höchsten Töne allein Sprachverstehen in solchem Grade aufheben, wie es bei Hendschel der Fall war?

Nach allem Vorausgeschickten muss man diese Frage mit Nein beantworten. Wir sahen, dass sogar bei Taubgeborenen grosse Teile der oberen Tonskala ausfallen können, ohne dass das Sprachverständnis vernichtet wird.

Da die Bezold'schen Untersuchungen eine noch detailliertere Gehörsprüfung erforderlich machen, als in der Freund'schen Arbeit für Hendschel geboten wird, baten wir Herrn Kollegen Freund, eine solche ausführliche Prüfung an dem Pat. Hendschel mit besonderer Achtung auf die Sprachstrecke vorzunehmen. Herr Dr. Freund hatte nun die Freundlichkeit, mich von dem Ergebnis der mit Herrn Dr. Brieger zusammen vorgenommenen Prüfung in Kenntnis zu setzen.

---

*) Freunds Fall III hatte einen Defekt von der Mitte der grossen Oktave bis g^1 und von c^2 bis zu den Galtonpfeifen (excl.).

Sein Fall IV hörte gar mittlere und hohe Töne überhaupt nicht.!

Fall V hatte einen Defekt von d^2 bis zu den Galtonpfeifen (exkl.) Auf einige Differenzen, die diese Prüfungsergebnisse mit Bezolds Resultaten zeigen, gehe ich nicht ein.

Der Bericht vom 13. April lautet: „H. hört die tiefsten Töne der kontinuierlichen Tonreihe nicht. Er hört von G_2 bis fis^3. Von hier ab nach oben fehlt jede Perception bis auf eine kleine Insel innerhalb der Galtonpfeife. Das Wesentliche ist die scharfe Abgrenzung bis fis^3, d. h. der Ausfall hoher Töne. Auf die Lücke im untersten Teil der Skala ist kein Gewicht zu legen."

Danach ist also Hendschel nicht nur im Besitz der ganzen Sprachstrecke von b'—g", sondern hat darüber hinaus nach oben noch etwa eine Oktave und darunter die gesamte Tonreihe. Ganz abgesehen von der Insel in den Galtonpfeifen.

Man erinnere sich an das Gehörorgan bei Bezold, dem alle Töne oberhalb g^2 fehlten, das also eine Oktave weniger besass als Hendschel, von frühster Kindheit an diesen Defekt besass, und dennoch a, e, i, p, t, r, l, n, alle Zahlen und einzelne Sätze, wenn solche ihm im Konversationston auf 4 Meter und mehr vorgesagt wurden, nachsprach!

Ein wieviel vollkommeneres Sprachverständnis müsste man bei Hendschel erwarten, der erst als erwachsener, vollsprechender Mann schwerhörig geworden ist!

Mir scheint daher, dass Freund für den Fall Hendschel der Beweis nicht gelungen ist, dass seine „Sprachtaubheit" Folge der Hörstörung ist. Letztere ist vielmehr nicht ausreichend, die Sprachtaubheit zu erklären. Hendschel erweist sich damit als das, wofür Wernicke ihn gehalten hatte: als einen Kranken mit dem Symptomenkomplex der subkortikalen Aphasie. Daneben bestand rechts Taubheit, links Schwerhörigkeit.

Dagegen hat Freund es für seinen Fall I glaubhaft gemacht, dass hier keine cerebrale Aphasie vorlag. „Er percipierte Stimmgabeltöne durch Luftleitung überhaupt nicht." Danach wäre sogar noch weniger Sprachverständnis zu erwarten gewesen, als vorhanden ist. Vermutlich ist nicht die ganze Tonreihe durchgeprüft worden. Es hätten sich dabei wohl einzelne Hörinseln gefunden, mindestens ein Stück im Bereich der Bezoldschen Sprachstrecke. Sonst wäre unerklärt, warum Pat. a und e, auch wenn man sie leise vorsprach, sicher auffasste.

Der obige Stimmgabelbefund steht sowohl hiermit, wie mit der Auffassung Hendschels von Instrumentaltönen nicht ganz im Einklang. Die Auffassung von Klavier- und Geigentönen war ja offenbar beeinträchtigt, aber doch nicht gänzlich aufgehoben. „Ganztöne differenziert er absolut sicher."

Ich gehe nunmehr zur Mitteilung des in der Königl. Poliklinik für Nervenkranke beobachteten Falles von reiner Sprachtaubheit über, meines Wissens der erste Fall, bei welchem dem aus Bezolds Untersuchungen sich ergebenden Postulat genügt ist, d. h. die Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe die Intaktheit der von Bezold abgegrenzten Sprachstrecke und darüber hinaus sogar ein Erhaltensein der gesamten Tonreihe bis auf einen nicht in Betracht kommenden, unten näher definierten Ausfall ergeben hat.

Der Fall Gorstelle.

Des Pat. jetziger, seit Mai 1897 stabiler Zustand totaler Sprachtaubheit hat sich durch zwei Anfälle herausgebildet. Nach der ersten Attaque erholte sich das kurze Zeit gänzlich aufgehobene Sprachverständnis wieder, erst der zweite Anfall vernichtete es definitiv.

Der 67jährige Zimmermann Gorstelle, Insasse des Klassenschen Siechenhauses will früher einmal schwerhörig gewesen sein, aber nach Entfernung von Ohrenschmalz wieder gut gehört haben. Vor 9 Jahren hatte er $^3/_4$ Jahre lang abends Summen im linken Ohr. Er will ausser Rheumatismus nie eine Krankheit gehabt haben. Wegen Rheumatismus erfolgte auch seine Aufnahme in das Siechenhaus. Von Angehörigen wurde eruiert, dass er früher getrunken und einmal ein Alkoholdelirium durchgemacht habe. Seiner jetzigen Umgebung ist von Schwerhörigkeit des G. vor der zu besprechenden Erkrankung nichts aufgefallen. Ziemlich lautes Sprechen habe er schon vorher an sich gehabt.

Am 28. August 1896 wurde dem Patienten während der Arbeit — er führte kleine Zimmermannsarbeiten im Siechenhause aus — plötzlich „schlecht". Der Kopf schmerzte, er musste sich setzen, empfand Schwindel. Was man nun zu ihm sagte, verstand er nicht, er ging noch ohne Hilfe die Treppe hinauf in sein Zimmer bis an sein Bett und verlor hier die Besinnung. Nach dem Berichte der Krankenschwester lag er drei Tage ohne Bewusstsein, liess Stuhl und Urin unter sich. Rechtseitig soll während dieser Zeit Arm und Bein gelähmt gewesen sein. Während oder gegen Ende dieser Zeit soll er deliriert haben, ohne Sprachstörung zu zeigen. Er selbst erinnerte sich später, damals Gehörshallucinationen (Musik), angeblich auch Visionen

gehabt zu haben. Am 4. Tag kam er zu sich, verliess das Bett, von Lähmungen war nichts mehr zu bemerken.

Am 11. September führte ihn Herr Professor Jacoby*) der Universitätsklinik für Nervenkranke zu. Hier bot der Kranke folgendes Bild: Er versteht kein Wort, versichert dabei unaufhörlich, er höre alles, verstehe nur nicht. Das Gesprochene klinge wie ein fremdes Geräusch.

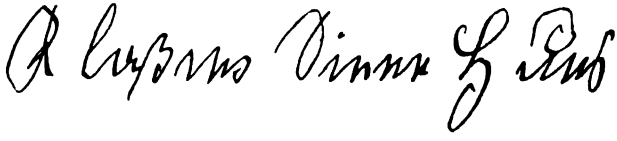
Das spontane Sprechen ist fehlerlos, ziemlich laut und hart.

Gelesen wird Gedrucktes, wenn auch mühsam, so doch fehlerlos. Geschriebenes wird ohne Schwierigkeiten nur gelesen, wenn ihm ganz regelrechte Schönschrift vorgelegt wird. Es handelt sich also offenbar um keine Alexie oder Paralexie, sondern um eine geringe Kunstfertigkeit und Übung im Lesen. Das Gelesene wird durchweg verstanden. Allerdings muss man ihm Zeit lassen, der schriftliche Weg ermöglicht denn auch die Verständigung. Seine Schrift ist höchst ungeschickt, zittrig und unorthographisch, wie die Proben beweisen. Ich bringe hier Schriftproben auch aus der späteren Zeit, da keine Änderungen im Schreibvermögen eingetreten sind.

11. September 1896:

Aufgefordert,**) seinen Namen zu schreiben:

Den Namen der Anstalt, in der er sich befindet:



(= Klassen'sches Siechenhaus.)

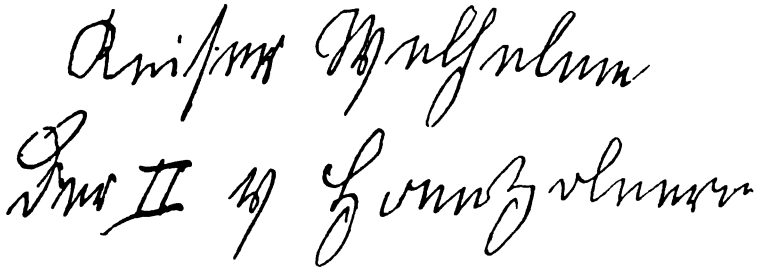
---

*) Ich benutze hier die Gelegenheit, Herrn Prof. Jacoby für sein freundliches Entgegenkommen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

**) Alle folgenden Aufforderungen natürlich schriftlich.

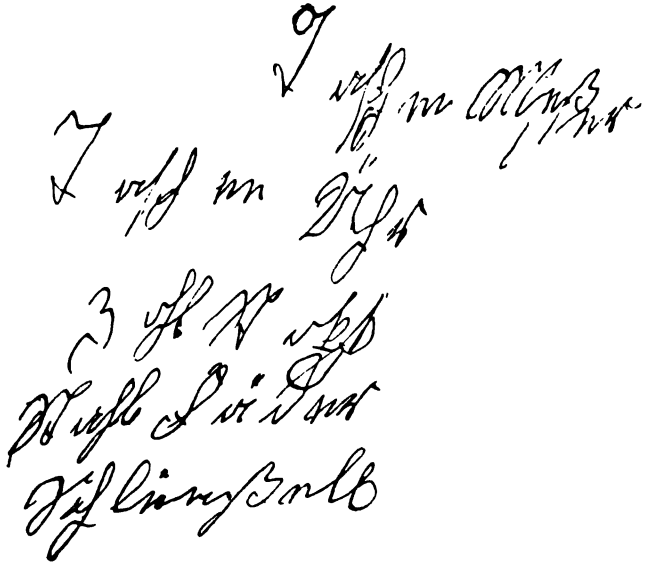
11. September 1896:

Aufgefordert, den Namen des Kaisers zu schreiben:

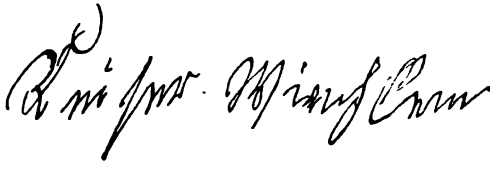


22. Februar 1898.

Aufgefordert, den Namen ihm gezeigter Gegenstände aufzuschreiben:

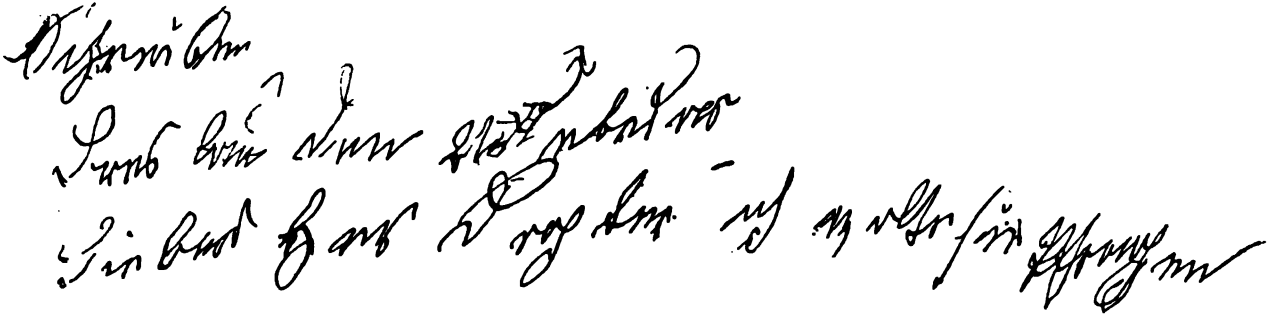


Namen des Kaisers:



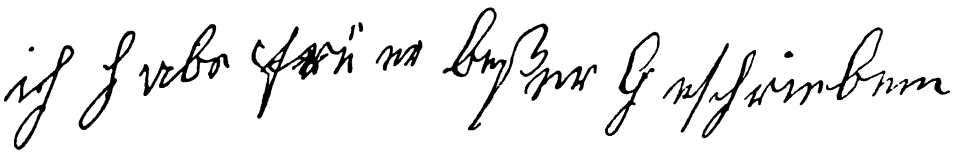
22. Februar 1898.

Aufgefordert, einen Brief zu schreiben:

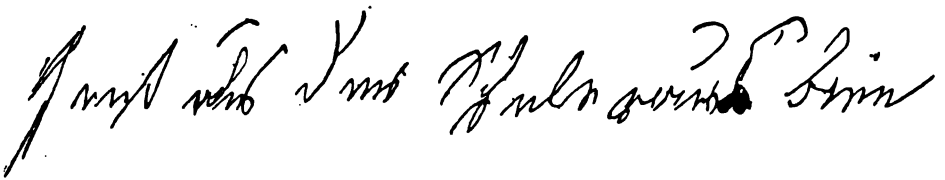


22

Haben Sie früher besser geschrieben?



Seit wann schreiben Sie so schlecht?



Er giebt aber an, seit Jahrzehnten ausser Übung zu sein und eigentlich nur in seiner Schulzeit besser geschrieben zu haben. Das sei bei einem Zimmermann nicht anders. In der That handelt es sich im wesentlichen wohl um die Produkte eines höchst schreibunkundigen Mannes. Ob Buchstabenumstellungen wie in „Dropter“ statt „Doktor“ und andere Fehler, wie „Sinne“ statt „Siechen“ etc. doch als geringe paragraphische Beimischungen aufzufassen sind, ist mangels Kontrolschriften aus der gesunden Zeit nicht mit Sicherheit zu entscheiden.

Die Intelligenz, bis auf eine gewisse Schwerfälligkeit in der Auffassung, ist völlig intakt. Patient ist heute noch Insasse des Siechenhauses. Er giebt an, zeitweise Summen und „wie Musik zu hören“. „Das kann aber doch nicht richtig sein“. Auffällig ist seine geringe Aufmerksamkeit für Töne und Geräusche, ein Symptom, das Lichtheim schon bei seinem Fall beobachtet hat. Er achtet oft nicht auf ganz laute Geräusche, so Klavierspiel, Summen des faradischen Apparates. Kam auch einmal in Gefahr, überfahren zu werden, weil er das Läuten der Pferdebahnglocke nicht beachtete. Spannt man aber seine Aufmerksamkeit an, so erweist sich ein erhebliches Hörvermögen. Eine oberflächliche Prüfung ergab: Uhrticken links bis auf 25 cm, rechts weniger weit gehört, Stimmgabeln links bis auf $^1/_2$ m, rechts 25 cm weit gehört, sowohl vom Ohr wie vom Knochen. 14 Tage später wurde in der Königlichen Ohrenklinik von Dr. Dupuis eine Hörprüfung mit folgendem Ergebnis vorgenommen: „Flüstersprache rechts am Ohr, links auf ein drittel Meter. c bis zu Ende gehört auf beiden Ohren. c^5 beiderseits nur wenig herabgesetzt. (Über die Knochenleitung konnten in der Ohrenklinik infolge der erschwerten Verständigung keine sicheren Ergebnisse gewonnen werden). Trommelfelle völlig normal. „Unter diesen Umständen ist eine Erkrankung des Ohres, sowohl des Schallleitungsapparates, wie des inneren Ohres auszuschliessen. Die geringe Herabsetzung der hohen Stimmgabel dürfte im wesentlichen auf das Alter des Patienten zurückzuführen sein. Die Herabsetzung der Flüstersprache dürfte dann auch wohl centraler Natur sein“. Vorgesungene Melodieen wurden nicht erkannt. Ebensowenig Tierlaute (Bellen, Miauen). Dagegen sang Patient einige Signale richtig nach (offenbar am Rhythmus erkannt). Der körperliche Befund zeigte wenig Besonderes. Motilität, Sensibilität, Reflexe normal. Keinerlei Zeichen von Gehirndruck. Gang gut, ohne Schwanken. Nur wenn man ihn längere Zeit auf der Strasse beobachtete, fiel ein Abweichen

von der geraden Linie auf. Subjektiv kein Schwindelgefühl. Herzstoss hebend, links von der Mammilarlinie. Herzdämpfung stark nach links und etwas nach rechts verbreitet. Systol. Ton an der Spitze sehr stark und nicht ganz rein. Starke Arteriosklerose und Schlängelung und Erweiterung der Venen. Urin frei von pathologischen Bestandteilen.

Das Sprachverständnis hob sich nun in der nächsten Zeit. Schon am 15. September 1896 war ein Fortschritt zu erkennen, wie folgendes Protokoll erweist. Die an der linken Seite verzeichneten Worte wurden ihm in Konversationstone etwa ein Meter weit vom linken Ohr vorgesprochen. Die Möglichkeit des Ablesens wurde natürlich ausgeschlossen.

Ich	Pat.
Mama	Einschlafen.
Papa	Verstehe nicht.
Anna	Weiss.
Mutter	Weiss nicht.
Ich weiss . . .	Nicht weiss.
Otto	Gottlob.
Friedrich . . .	Ich weiss noch nicht.
Toni	Taugenichts.
Schlange . . .	Schläfig.
Los	Ruhig. Weiss nicht.
Hund	Weiss nicht.
Hund	Hund.
Mops	Notz.
Gorstelle . . .	Weiss nicht, selber?
Gorstelle . . .	Hatten Sie meine Namen gesagt? Gorstelle?
Doktor	Taschentuch.
Klinik	Technik.
Siechenhaus . .	Siechenhaus.

Zu bemerken ist, dass „weiss, weiss nicht", nicht als Ausdruck des Nichtverstehens, sondern als Versuch, das Vorgesprochene nachzusprechen, aufzufassen ist. Man sieht, dass damals einzelne Bestandteile der Worte durchsickerten und zwar bald Vokale, bald Konsonanten, bald ganze Silben.

19. September. Weiterer erheblicher Fortschritt. Es werden viele Worte richtig nachgesprochen, oder wenigstens ähnliche dafür gebraucht, vielfach aber noch gänzliches Missverstehen.

Deutlich zeigt sich dabei das Symptom des Klebenbleibens und der Einfluss der Ermüdung.

Ich	Er
Mama	Hanna
Papa	1. Pass. 2. Gute Nacht.
Otto	Otto.
Anna	Anna.
Siechenhaus	Siechenhaus.
Doktor	Doktor.
Gut	Hut.
Danke	Batet.
Gottlob	1. Wartet. 2. Gottlob.
Buch	Welt.
(Ich hatte nichts gesagt)	Techniker.
Kaiser	1. Deuter. 2. Thäter.
Mutter	Thäter.
Vater	Thäter.
Kater	Thäter.
Honig	Verrückt.
„	„
Klingel	Thäter.
„	„
„	Verderb.
Anna	Anna.
Mehr	Pächter.
„	Herr.
Busen	Bulden.
Hof	Hof.
Tadel	?
Zunge	1. Zokon. 2. Zahmreh. 3. Zumpeh. 4. Zumgeht.

Einfache Aufforderungen werden heut befolgt.

(Zeigen Sie die Zunge! Fassen Sie an die Nase! Öffnen Sie den Mund!)

Hier hilft ihm also die Kombination zu besserem Verständnis. Es wurden ihm dann nur Buchstaben vorgesprochen.

A	1. Abends
	2. Art.
B	Med.
C	Zieht.
O	Ohr.
U	Uht.
F	Eht.
Ü	Üht.
P	Geht.
	steht.
Q	Kot.
G	Geht.
L	
Z	Z.
S	S.
P	Weh.
W	Weht.
V	Baut.

Es zeigt sich also, dass er Vokale unterscheiden kann, aber durch Zusätze entstellt. Er zeigt dabei eine ausgesprochene, auch jetzt noch vorhandene Vorliebe für Anhängung eines T-Lautes. Konsonanten werden teils richtig, teils falsch aufgefasst. Jedenfalls geht schon aus dieser Probe zur Genüge hervor, dass die Störung des Wortverständnisses schon auf einer Fälschung der einzelnen Laute beruhte.

Am 29. September 1896 wurden die Vokale immer richtig, allerdings mit Anhängen nachgesprochen.

Von nicht vokalisierten Konsonanten werden K, S, R, T, P, H, L meist richtig erkannt, dagegen Sch, M, N, F nicht richtig nachgesprochen.

Einzelne Proben des Silbensprechens mögen folgen:

Ta = Ka, Ka, Tag, Tag,
Ti = Ti, Küh, Ti, Tüh,
To = Todt, Todt, To, todt,
Tu = Tuch, Tuch, Kuh, Fu,
Po = Ko, Tof, Ko, Ko,
Pa = Ka, Klar.
Tu = Tuch, Kuch, Kuch, Put,
Lo = Lo, Floh, Floh,
La = Bla.

Über das Resultat einer eingehenden Prüfung Ende September machte ich folgende Notiz:

Melodien auf dem Klavier nicht erkannt. Die Wacht am Rhein für ein Tanzstück gehalten „Heil dir im Siegerkranz" für ein Konzertstück erklärt. Hohe und tiefe Klaviertöne werden als solche in 4 m Entfernung unterschieden. In der Skala naheliegende Töne allerdings schlecht unterschieden. Er sei übrigens immer unmusikalisch gewesen. Klappern mit Streichhölzerschachteln und Pfeifen richtig erkannt. Geldklimpern als „Klappern im Blechkasten" bezeichnet.

Geflüstertes wird gar nicht verstanden. Lauteres und näheres Sprechen verbessert oft, aber durchaus nicht immer das Verständnis. Immerhin hatte in dieser Zeit langsam und deutlich in das Ohr Geschrieene am meisten Aussicht verstanden zu werden. Komplizierte lange Worte z. B. Artillerie werden vermutlich durch Kombination nach dem Rhythmus, besser verstanden als einfache. Sinnvolle besser als blosse Silbenzusammenstellungen, Silbenzusammenstellungen besser als einzelne Buchstaben. An Vokale hängt er meist etwas an, meist ein t oder ch, z. B. A = Art, f = fht, U = Uht.

Stumme Konsonanten viel schlechter verstanden. Bei K erklärt er wiederholt, „Sie haben einen Strich mit der Feder gemacht", bei P: „das haben Sie gekloppt."

Bei Silben werden gewöhnlich die Vokale richtig aufgefasst, die Konsonanten zwar häufiger richtig getroffen, als bei isolierter stummer Aussprache derselben, aber doch oft verwechselt. Besonders schlecht ist die Perception des H, an zweiter Stelle des P in Silben, besonders

sicher die des V, F und K. Bei Worten ist die Vokal- und Silbenzahl meist richtig. Mit Sicherheit lässt sich sagen, dass das mangelnde Sprachverständnis schon durch ungenügende Auffassung der Buchstaben und Silben bedingt ist. Diese werden teils verwechselt, teils durch subjektive Zuthaten verfälscht.

Der Patient zeigte also als Folgen des ersten Anfalles im August 1896 nach einer kürzeren Zeit absolute Sprachtaubheit, eine mittlere Schwerhörigkeit centraler Natur und eine durch diese Schwerhörigkeit allein nicht erklärte Störung für die Perception von Sprachlauten.

Die letztere Störung besserte sich verhältnismässig rasch, sodass im November 1896 weiter nichts als eine Schwerhörigkeit mittleren Grades und etwas erschwertes Sprachverständnis festzustellen war. Genügend laut Gesprochenes wurde mindestens nach öfterer Wiederholung verstanden.

Der Patient blieb nun aus der Poliklinik weg. Am 19. Mai 1897 neuer Anfall. Nachdem G. noch erklärt hatte: „Jetzt höre ich wieder nicht", wurde er bewusstlos, fiel um und bekam Krämpfe. Dieselben begannen nach der bestimmten Angabe der Pflegeschwester im rechten Daumen, zogen sich herauf zum rechten Arm und beteiligten schliesslich auch die linken Extremitäten. Die Krämpfe dauerten (immer in gleichem Typus) mehrere Minuten und wiederholten sich fünfmal in den nächsten 3 Stunden. Er liess wieder Stuhl und Urin unter sich. Herr Professor Jacobi hatte die Freundlichkeit, mich am nächsten Tage zu dem Patienten zu holen. Wir fanden letzteren noch besinnungslos, er erkannte mich nicht, reagierte auf Fragen nicht, ebensowenig zeigte er Verständnis für ihm vorgehaltene Gegenstände.

Reflexe nicht aufgehoben, in den Beinen keine besondere Schlaffheit. Kein unzweifelhaftes Zeichen von Lähmung der Extremitäten. Dagegen sehr deutliche Lähmung des rechten Facialis. Beklopfen der linken Schädelhälfte verursacht lebhafte Schmerzäusserung. Er verzieht dabei das Gesicht stark, wobei die erwähnte rechtsseitige Facialislähmung eklatant hervortrat. Auf Stich wird überall reagiert.

Am 11. Juni 1897 wurde folgender Befund erhoben: Es besteht totale Sprachtaubheit. Es wird nicht ein Wort verstanden, auch gar nicht mehr der Versuch gemacht, nachzu-

sprechen. Spontan Sprechen intakt, Lesen und Schreiben wie früher. G. behauptet, er höre jetzt noch schlechter als nach dem vorigen Anfall.

Der rechte Facialis in Mund und Kinn ist paretisch. Faradische und galvanische Reaktion normal. Die Parese des Facialis war noch 4 Wochen lang wahrzunehmen, ist jetzt kaum noch vorhanden. Seine Angaben bezüglich des schlechten Hörens durch die Prüfung bestätigt; bei lautem Sprechen erklärt er, nur „wenig" zu hören. Uhrticken bds. an der Muschel nicht wahrgenommen. Das Summen des faradischen Apparates als sehr schwaches Geräusch gehört. U und J will er fast nicht vernehmen, besser A und O. Immerhin wurden auch damals einzelne hohe und tiefe Stimmgabeln sowohl vom Ohr wie durch Knochenleitung beiderseits gehört. Er unterscheidet bei ausgeschlossenem Sehen: Pfeifen, Summen der Stimmgabeln, Geldklimpern, in die Hände klatschen. Auch hohe und tiefe Töne auf der Mundharmonika. Melodien werden nicht erkannt, ebensowenig Tierlaute (Miau: „Sie machen Puh" Bellen: „das ist rauher)". Er erzählt, dass vor dem letzten Anfalle ihm der linke Oberschenkel oft wie eingeschlafen war. Patellarreflexe beiderseits gleich und gesteigert. Passive Beweglichkeit der Beine eher vermehrt. Pupillenreaktion vorhanden. Herzbefund wie früher, Augenhintergrund normal. Den 14. Juni hatte Herr Dr. Bönninghaus die Gefälligkeit, eine kurze Hörprüfung mit ihm vorzunehmen und stellte fest: Mittellaute Sprache auf 2 Meter als Geräusch vernommen. Beiderseits Konversationssprache am Ohr deutlich vernommen. Im Lauf der Untersuchung deutliche Zunahme der Perception. Anzahl der Silben richtig wiedergegeben, aber alles als „Toterotot" empfunden. c, c^2, c^4 (Stimmgabel) per Luft deutlich vernommen, ohne konstante Differenzen der Stärke. Per Knochen scheinen c^2, c^4, zu fallen, c wird indess vom Knochen nicht nur gefühlt, sondern zweifellos gehört, denn er nennt es „Brummen", während er c^4 per Luft als „Pfeifen" bezeichnet.

Eine Prüfung des Lautverständnisses in der Poliklinik ergiebt: Ob man ihm a, o, e, ö oder u zuruft, er wiederholt immer „poht." Konsonanten unterscheidet er von Vokalen, indem er auch immer Konsonanten wiederholt, nennt aber nicht die richtigen. Bei Worten wird Silbenzahl und Rhythmus gewöhnlich erkannt, Pfeifen und Zischen stets richtig wiedergegeben. Leise Klopf- und Reibegeräusche gehört. Giebt an, etwas Summen in beiden Ohren zu haben, diesmal beim Anfall keine Gehörstäuschungen gehabt zu haben.

Was er lesen will, hält er nach rechts. Eine Hemiopie ist dennoch nicht sicher nachzuweisen. Liest meist richtig, zuweilen verliest er sich einmal, so statt „schreiben“ „leben“.

Das Hörvermögen bessert sich weiter, während die Sprachtaubheit unverändert seit dem zweiten Anfall bis jetzt fortbesteht.

Erst im Dezember bot sich die Möglichkeit, die mir so erwünschte Prüfung des Hörvermögens mit der kontinuierlichen Tonreihe vornehmen zu lassen. Herr Privatdozent Dr. Kümmel hatte die grosse Freundlichkeit, sich dieser bei so erschwerter Verständigung besonders mühsamen Aufgabe zu unterziehen.

Wir prüften an einem Tage das rechte, an einem andern wegen zu grosser Ermüdung des Patienten das linke Ohr durch.

Schriftlich wurde dem Patienten bedeutet, er solle bei Beginn und Aufhören jedes Tones nicken. Es ergab sich nun mit voller Sicherheit, dass rechts und links alle Töne der Tonreihe mit ausreichender Hördauer percipiert wurden mit Ausnahme der tiefsten. Links fehlen nur die Töne unterhalb des C_1 also nur die Subcontraoktave, rechts auch noch die Contraoktave. Die untere Grenze war ganz scharf: Rechts zwischen D und C, links zwischen H_2 und C_1, letzteres hörte er noch etwas, das H_2 absolut nicht mehr.

Nach oben reicht seine Perception fast bis an die Grenze der Hörbarkeit überhaupt. Bei Galtonpfeife 6 sagt er: „das ist, als ob eine Maus quietschte“, womit das betreffende Pfeifen sehr treffend charakterisiert ist. Bei Galton 2,4: „Eine Wenigkeit, auch wie eine Maus quietscht.“

Mit besonderer Sorgfalt wurde das von Bezold abgegrenzte „Sprachgebiet“ durchgeprüft. Auch hier zeigt sich keine Lücke. Für das innerhalb dieser Strecke gelegene dis^2 hatte G. eine Perceptionsdauer von 40 Sekunden. Die meinige betrug 50 Sekunden, Herrn Dr. Kümmels Perceptionsdauer war durchweg etwas geringer als die des Patienten. Die in verschiedenen andern Höhen geprüfte Dauer hielt sich zwischen einer halben und $^3/_4$ Minute. Fis hörte er $^3/_4$ Minuten, Dr. K. $^1/_2$, ich 1 Minute. Er sang diesen Ton, sowie andere einigermassen richtig nach, so etwa, wie ein unmusikalischer Mensch nachsingt. Ob es sich um tiefe, mittlere, hohe Lagen handelt, tritt mindestens immer dabei zu Tage. Bei dem Pfeifen sagte er: „Es klingt wie eine Nachtwächterpfeife.“ In folgender Tabelle ist das Resultat der Hörprüfung fixiert.

Ich lasse einige Einzelheiten der Prüfung folgen:

1. Linkes Ohr (Februar 1898):

H_4 (24 Schwingungen) nicht gehört,
G_4 „das höre ich schlecht“,
C_1 „Etwas“,
A_1 (55) bei starker Schwingung gut.
Fis nachgesungen:
Perceptionsdauer $^3/_4$ Minute,
(Dr. Kümmel $^1/_2$ Minute,
Ich 1 Minute.)
Gis richtig nachgesungen,
dis, fis wiederholt gut gehört,
gis'+ nachgesungen,
fis'+ „
dis'+ „
dis''+ „ 40 Sekunden Perceptionsdauer.
(Ich 50 Sekunden.)
Hört alle Töne der 1, 2, 3 und 4 gestrichenen Oktaven: Nirgends Lücken,
Galton 6: „Wie eine Maus quietscht“,
Galton 2, 4: „Eine Wenigkeit wie eine Maus“, also obere Grenze normal.

2. Rechtes Ohr: Galtonpfeife 3,4 in 5 cm., 3 und 2,4 ganz nahe dem Ohre gehört:

c^4, e^4, a^4 auf 60 cm gehört,
Von e^3 bis e^8 alle Töne bis 70 cm bei mittlerem Anblasen gehört,
fis^3 bei starkem Anblasen,
gis^3 bei schwachem Anblasen,
f^3 bei stärkerem Anblasen noch in 20 cm Entfernung,
C und D nicht gehört, Dis gut,
Markiert das Aufhören von Dis durch Kopfnicken.

Herr Kollege Kümmel bezeichnete die Schwerhörigkeit des G als eine solche mittleren Grades, die an sich nicht die geringste Schwierigkeit für das Verständnis von laut Gesprochenem bedingen könne. Dass der Ausfall der tiefsten Töne d. h. der Subcontraoktave (unterhalb 32 Schwingungen) — die Contraoktave ist links erhalten — für das Sprachhören überhaupt nicht in Betracht kommt, leuchtet ein.

Für das Sprachverständnis hat dieser Defekt nicht mehr Bedeutung als irgend ein Grad von Kurzsichtigkeit oder herabgesetzte Sehschärfe.

Bezold (l. c. S. 26) erwähnt 2 Kinder mit doppelseitigem angebornem Verschluss des äusseren Gehörgangs und rudimentärer Muschel. Beide hatten doppelseitig einen absoluten Hördefekt von der unteren Tongrenze bis herauf zur eingestrichenen Oktave. Trotzdem verstanden sie gewöhnliche Konversationssprache bis auf 30 cm Entfernung und hatten beide die Sprache erlernt. — Nennenswert von der Norm abweichend, wenn auch Sprachverständnis nicht im entferntesten aufhebend, ist die Verkürzung der Hördauer bei unserem Patienten auch auf dem besseren linken Ohr; sie beträgt $^1/_2$—$^2/_3$ der normalen.

In dieser Zeit ergab nun eine Prüfung des Sprachverständnisses folgendes:

Es wurde keine Aufforderung, keine Frage verstanden.

Bemerkt sei, dass Patient seit dem zweiten Anfall immer zunächst alles Nachsprechen verweigert. Erst energische an schriftliche Aufforderung geknüpfte Gesten bewogen ihn, den Versuch zu machen. Sein Verständnis für Laute und Worte wurde in einer Tabelle fixiert.

Es wurde mittellaut in 25 cm vom Ohr gesprochen und zwar rechtes und linkes Ohr gesondert geprüft.

(+ bedeutet „richtig“,
— „ keine Antwort.)

Linkes Ohr.

a: poht, —, poht, poht, –, „das habe ich gehört.“
e: poht, poht, toht, poht.
i: poht, poht, poht, tttt.
o: poh, —, —, prrr, —.
u: poht, –, poh, poht, —,
ä: poht, poht.
eu: poht, poht.
rrr: poht, pft, +, +, poht, poht
pss: +, +, +.
pt: —, —, +, —, —.
f: pt, pst, +, pf.
p: +, pf.
ph: +.
t: pot, p, +, puff, pscht, cht, pst, pf.
st: +.
h: pht.
l: oht, —, puht, poht, —, ps.
m: –, —, —, poh, puh, —.
k: pt, p, ps, f, kt.
d: pu.
sch: pscht, sht, pkt, —, —, —, +, +, +.
tsch: +, +.
pfeifen: } +, +, +.
zischen: }

Rechtes Ohr:

a: poht, poht, soht, toh, toht, poht.
e: prehtete, teto, toht.
i: poht, tesstoht, boh.
o: poh, u, poh, potototo, poht. „das haben sie mit dem Munde gemacht".
u: oht.
ü: tüht, tuht.
ba: poht.
ma: poht.
pa: poht.
mama: poht, poht, poht.
l: —, poht, poht, poht, p.
m: poht —, poht.
n: poht, —.
f: pst, Pat. pustet.
pf: sch.
p: +, +, —, t.
t: —, ha, +.
pt: +.
ttt: tüt (lautlos).
d: —.
k: p, p.
kst: pf, ps, —, ps.
sss: pst, pf.
z: pst.
sch: +, poht, pf, pt, +.
rrr: p, poht.

Artillerie: popo.
Brigade: poht.
trallala: po-oht.
Anna: polot, toto.
Ananas: pololo, tololo.
Infanterie: potolo.
Infanteriebrigade: potololo.
papapa: popo.
Kuh: puht.
Kuckuck: totto.
Kukukuk: tottolo.
Hannibal: tottolo.
faul: tut.
Pfand: pf.
Pistole: } popo.
Pute: }
Tante: }
Onkel: polo.
Artaxerxes: porotolo.
reitende: potolo.
schnalzen: +, p, +, poht, —, kttkt.
schmatzen: pst.
pfeifen: +, (Pat. pfeift auch) +, +, +.
Händeklatschen: pott, pott, pott.
klopfen: +, Händeklatschen?
reiben: —.
klingeln: —
flöten (verschiedene Töne): Pat. lacht: („das habe ich gehört, erschreckt mich sogar") tüht, toht, „das haben Sie mit dem Munde gemacht", „das ist gepfiffen, toht".
Rhythmus wurde immer richtig angegeben.

Klavierspielen, Klingeln, Zwitschern mit einem Kinderinstrument, gehört, aber nicht erkannt. Es wurde dann noch festgestellt, dass er auf 6 m Entfernung mittellaut gesprochenen Buchstaben und Geräusche

(Pfeifen, Händeklatschen, Fussstampfen) hörte, was er durch jedesmaliges Kopfnicken kundgab.

Es zeigte sich also wieder, dass er weder die Vokale noch die Konsonanten erkennen konnte, aber im allgemeinen einen verschiedenen Eindruck von beiden erhielt, insofern ihm erstere alle fast stets wie „poht" klangen, letztere als mit der Zunge oder Lippe gemachtes Geräusch imponierten, dass er den Rhythmus und einigermassen die Silbenzahl erfasste. Alles dieses auch nur, wenn er wusste, dass zu ihm gesprochen wurde.

Dass er einzelne Geräusche nicht erkannte, also auch einen gewissen Grad von Seelentaubheit an den Tag legte.

Dieser Zustand ist, wie gesagt, konstant geblieben. Nur dass in letzter Zeit an einzelnen Tagen nach Schnapsgenuss eine grössere Stumpfheit und Unaufmerksamkeit in seinen Angaben hervortritt. Zu dem klinischen Verlauf ist hinzuzufügen, dass Gorstelle späterhin noch zweimal Anfälle von mehrstündigen heftigen Krämpfen erlitt, nach deren Ablauf der alte Zustand wieder eintrat.

Ich fasse das Eigentümliche des Falles noch einmal kurz zusammen:

Ein 67jähriger Mann verliert durch zwei, offenbar cerebrale Anfälle, deren Symptome (rechtsseitige Krämpfe, rechtsseitige Facialislähmung), beide Male auf die linke Hemisphäre wiesen, das erste Mal vorübergehend, das zweite Mal dauernd, jegliches Sprachverständnis und zwar ist schon die Auffassung der Sprachelemente d. i. der einzelnen Buchstaben, gestört. Das Gesprochene erkennt er überhaupt nur dann als Gesprochenes, wenn er das Gesicht des Sprechenden sieht, oder vorher davon verständigt ist, dass man zu ihm sprechen werde. Das Hörvermögen für Töne erweist sich als vollkommen ausreichend für das Sprachverständnis, die gesamte Tonreihe wird beiderseits percipiert, nur zeigt sich eine gleichmässige Herabsetzung der Hörschärfe beiderseits, wie sie weder für Labyrintherkrankung, noch für Erkrankung des äusseren Gehörapparates charakteristisch ist. Insbesondere ist das von Bezold abgegrenzte Gebiet lückenlos vorhanden. Alle übrigen Sprachfunktionen sind intakt. Einzelne Erscheinungen weisen über Sprachtaubheit hinaus. Es sind die erwähnten Zeichen von Seelentaubheit: Tierlaute, der Klang von Instrumenten etc. werden nicht erkannt, andere Geräusche (Pfeifen,

Hände-Klatschen etc.) dagegen richtig auf ihre Ursache bezogen, die Seelentaubheit somit keine totale.

Die Auffassung für Melodieen ist aufgehoben. Bei dem ersten Anfall: Gehörshallunciationen.

Lage des Herdes.

Ich glaube, dass sowohl das Ergebnis der Hörprüfung, wie die Art der Anfälle es ausser Zweifel stellen, dass hier eine durch Gehirnherd bedingte Sprachtaubheit, und zwar eine reine Sprachtaubheit vorliegt.

Die genaue Lokaldiagnose stösst auf grosse Schwierigkeiten. Die körperlichen Begleiterscheinungen, die nur bei dem zweiten Anfall ärztlicherseits beobachtet waren, wiesen beide Mal auf die linke Hemisphäre hin. Dass diese mindestens mitbeteiligt ist, beweist ja auch die Störung der Sprachperception bei dem Rechtshänder. Für die genauere Lokalisation aber ist nicht viel Anhalt gegeben. Hierfür sind ja nur Ausfalls- nicht Reizsymptome zu verwerten. Von solchen war nur die rechtseitige Facialisparese vorhanden, welche sich noch dazu nach einigen Wochen zurückbildete. Daraus können wir nicht mehr entnehmen, als dass der Herd die Facialisfasern in irgend einem Teil ihres Verlaufs von der Rinde bis zur Kreuzung vorübergehend mitgeschädigt hat. Die Schmerzhaftigkeit der linken Schädelhälfte bei Beklopfen konnte auf eine Lage des Herdes an der Dura nahe dem Schädel denken lassen. Jedoch hat sich bisher noch Lage, Vorhandensein und Fehlen sowohl von spontanem Kopfschmerz wie Schmerzhaftigkeit bei Beklopfen als ein unsicherer Führer in der engeren Lokaldiagnose erwiesen.

Sektionsbefunde reiner und sicherer Fälle von Sprachtaubheit im engeren Sinne liegen bisher nicht vor. Weder der Lichtheim'sche noch der Ziehl'sche kamen zur Obduktion. Dass der erwähnte neuere Pick'sche Fall (1896), bei welchem sich direkte Schädigung beider Acusticusstämme durch einen Tumor fand, andersartig als der unsere war, wurde schon ausgeführt. Schon deswegen kann er keinen Anhalt für die anatomische Diagnose in unserem Falle bieten — abgesehen davon, dass bei diesem nichts für basalen Sitz des Herdes spricht. Auch der ältere ebenfalls schon erwähnte, Pick'sche Fall (1892) lässt uns hier im Stich. Der sehr bemerkenswerte Fall möge daraufhin hier etwas eingehender besprochen werden.

Ein 24 jähriger Patient zeigte nach mehreren Schlaganfällen vollständige Aufhebung des Sprachverständnisses bei vorhandenem Hören, Intaktheit der übrigen Sprachfunktionen. Die Sektion ergab:

Rechts: Gyr. temp. I grosse Teile von Gyr. temp. II, die Insel und kleine Stellen im unteren Ende der vorderen Centralwindung erweicht.

Links: Hintere Hälfte des Gyr. sphenoid. I und des Gyr. supramargin, ebenfalls erweicht.

Frontalschnitte ergaben, dass die Erweichung rechts das Claustrum und das äussere Glied des Linsenkerns betraf, links dagegen oberflächlicher war und nirgends die Caps. ext. und die grossen Ganglien ergriffen hatte.

Ist der Pick'sche Fall klinisch identisch mit dem unseren?

Wir sahen schon, dass Pick gerade auf Grund dieses Sektionsbefundes jene Erwägungen anstellt, welche mit den Anstoss gaben, zu der ganzen, eingangs geschilderten Bewegung, durch welche, mindestens gewisse Formen, der Worttaubheit ihrer Autonomie entkleidet, und gewissermassen in die Gefolgschaft der gemeinen Taubheit verwiesen wurden. Pick selbst rechnet also den Fall zu denen, die ich mich bemüht habe, von dem Lichtheim'schen Krankheitsbilde abzutrennen. Es muss hier wieder der schon zum Überdruss erwähnte Punkt betont werden: es fehlt in Pick's Publikation eine genaue Analyse des Hörvermögens, und damit klinisch der sichere Anhalt für die Entscheidung mit welcher Art von Störung wir es hier zu thun haben. Pick sagt darüber: Pat. macht den Eindruck eines Stocktauben, er achtet auf Geräusche in seiner Umgebung gar nicht; gelingt es, seine Aufmerksamkeit zu fixieren, dann zeigt sich, dass er leiseres Rufen, Sprechen, klingende Glocke nicht, lautere Rufe, Klatschen, Glockenschall, schwer percipiert, dass das Manöver zuweilen öfter wiederholt werden muss". Pat. selbst erklärt, er höre gut. Dies war nach obigem objektiven Befund offenbar eine Täuschung. Dass auf die Angaben eines Pat. „dessen Intelligenz entschieden gelitten hatte," dessen „Verhalten ein kindisches" genannt wird, der sehr weinerlich und leicht gerührt war, in dieser Beziehung wenig zu geben ist, leuchtet ein. Es ist also hiernach allein nicht zu entscheiden, ob hier die Schwerhörigkeit die Sprachtaubheit bedingte. Der Sektionsbefund allerdings spricht für die Pick'sche Auffassung: beiderseitige aus-

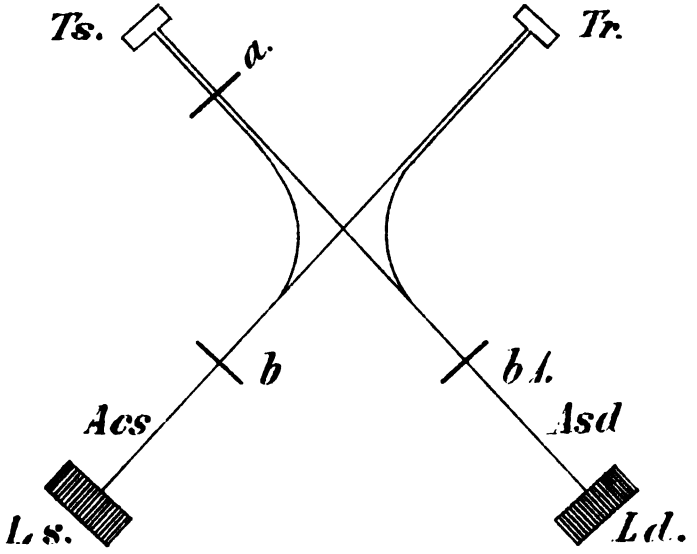
gedehnte Herde in der Hörsphäre! Leider ist das Gehirn nur makroskopisch untersucht worden, eine mikroskopische Untersuchung, welche genaueren Aufschluss darüber gegeben hätte, ob die Marksubstanz wirklich intakt war, fehlt. Aber die grössere Wahrscheinlichkeit steht auf Seiten der Pick'schen Annahme, dass das Mark ungeschädigt war und die beiderseitige Läsion der Hörsphäre an sich die Störung bedingte, welche als „Worttaubheit" imponierte. Danach ist aber der Fall andersartig als der unsere und giebt keinen Anhalt für die Lokalisation des Herdes bei letzterem.

Wir sind nach alledem bezüglich der Lokalisation der Läsion, welche für die reine Sprachtaubheit verantwortlich zu machen ist, auf theoretische Erwägungen angewiesen. Ohne nun hier näher auf diesen Gegenstand einzugehen, meine ich, dass die Lichtheim'sche Lehre, dass es sich um einen Herd im weissen Marklager des Schläfenlappens handle, den eigentümlichen Thatbestand: Aufgehobenes Sprachverständnis bei erhaltenem Hören und bei erhaltenem Sprechen, am besten erklärt. Wernicke hat sich bekanntlich dieser Lehre angeschlossen, ebenso wie Sachs in seinen „Vorträgen über Bau und Thätigkeit des Grosshirns".

Danach wäre anzunehmen, dass der Herd im Marklager des linken Schläfenlappens die Einstrahlungen beider Acustici in das sensorische Sprachcentrum zerstörte, und damit zwar die Wahrnehmung der Töne und Tonverhältnisse im rechten Schläfenlappen unbehelligt liesse, aber die Erweckung der nur linksseitig gelegenen „Wortklangbilder" von der Peripherie aus behinderte.

Man beachte, dass damit auch anatomisch die reine Sprachtaubheit von der Pseudosprachtaubheit im Sinne Pick's, Bleuler's, Freund's qualitativ geschieden wird. Der Herd im linken Marklager setzt nicht dieselben Bahnen ausser Funktion wie die peripherer gelegenen Herde also: doppelseitige Labyrintherkrankung, Läsion beider Acustici, Läsion beider Schläfenlappen. Der erste Unterschied ist, dass er die von beiden Ohren zum rechten Schläfenlappen führenden Fasern unbeeinträchtigt lässt, so dass eben das Hören weiter von statten geht. Zweitens zerstört der im Marklager gelegene Herd entweder die gesamte zur Rinde ziehende Acusticusfaserung oder wenigstens in ganz gesetzloser Auswahl je nach der zufälligen Konfiguration des Herdes. Labyrintherkrankungen dagegen werden elektiver Weise bestimmte Bahnen ausser Gebrauch setzen.

An dem hier wiedergegebenen Sachs'schen Schema (mit schematisch angefügten Labyrinthen) werden diese Verhältnisse klar:



Ts = Linke Schläfenrinde.
Tr = Rechte „
Ac s = N. Acustic. sin.
As d = „ „ dext.

(Der Zeichnung liegt die jetzt allgemein angenommene partielle Kreuzung beider Acustici zu Grunde. a wäre der Herd im linken Marklager, b, b' zwei die N. acustici treffenden Herde, doppelseitige Labyrintherkrankung läge in Ls und Ld.)

Ich glaube also, dass auch vom anatomischen Standpunkte Grund gegeben ist, die subkortikale sensorische Aphasie Lichtheims von doppelseitigen peripher gelegenen Erkrankungen streng zu scheiden.

Die geringe Herabsetzung der Hörschärfe bei unserem Kranken wäre dann wohl darauf zu beziehen, dass bei ihm das linke Gehörcentrum für die Aufnahme von Schalleindrücken ausfällt.

Dauernde einseitige Taubheit ist zwar bisher nach Zerstörung eines Schläfenlappens (und das wäre doch mit der Absperrung desselben von der Peripherie gleichbedeutend) nicht in einwandfreier Weise beobachtet worden. Aber dass eine beiderseitige feinere Abschwächung des Hörvermögens daraus resultieren könne, ist durchaus wahrscheinlich.

Bestimmtes hierüber ist noch nicht ermittelt, es „wäre bei einseitiger Erkrankung (eines Temporallappens) eventuell eine allgemeine Herabsetzung der Hörschärfe an beiden Ohren zu erwarten, doch ist auch hierüber Näheres nicht bekannt". Monakow, Gehirnpathologie 1897 S. 560).

So weit man sich daher, ehe Sektionsbefunde für die reine Sprachtaubheit beigebracht sind, die Verhältnisse zurechtlegen kann, scheint mir die folgende Annahme für den Fall Gorstelle nicht unwahrscheinlich:

Der 67jährige Mann, bei welchem schwere Gefässveränderungen konstatiert sind, erlitt im August 1896 eine Erweichung oder Blutung in das Marklager des linken Schläfenlappens, daher nach Zurückbildung der Insulterscheinungen totale Sprachtaubheit und centrale Schwerhörigkeit, welche in erheblich höherem Grade das gekreuzte rechte Ohr betraf (S. d. damaligen Gehörbefund). Dieser erste Herd hat die Hörbahn zur linken Schläfenrinde nicht zerstört, sondern nur geschädigt. Daher tritt im Lauf der nächsten Wochen weitgehende Restitution ein. Im Mai 1897 neuer Insult in derselben Gegend, der jetzt definitiv die zuleitende Bahn zerstörte. Fernwirkung auf die centrale Facialisbahn Zurückbleibend dauernde Sprachtaubheit und mässige doppelseitige Herabsetzung der Schallperception.

Ein zweiter Fall von reiner Sprachtaubheit.

Ich glaube, einen der Prüflinge von Bezold den Fällen zuordnen zu können, in welchen der Symptomenkomplex der subkortikalen sensorischen Aphasie ganz rein und einwandfrei vorhanden war. Bezold selbst deutet ihn im Anschluss an Professor Dr. Anton als sensorische Aphasie (Worttaubheit). Es handelt sich um ein 9jähriges Kind, welches, nachdem es in normaler Weise das Sprechen gelernt hatte, im 4. Lebensjahr plötzlich das Verständnis für die Sprache verlor. Dabei erwies sich das Hörvermögen auf beiden Seiten bis auf eine unbedeutende, für die Sprache ganz irrelevante Verkürzung intakt,*) die Hördauer 0,7—0,9. Glocke hörte es besonders 13 Meter

*) Rechts untere Tongrenze Des, von da kontinuierlich sämtliche Stimmgabeln und Pfeifchen bis Galton 3,3 (Blasen des letzteren $1^1/_2$ m weit gehört).

Links untere Tongrenze 28 v. d., von da sämtliche Stimmgabeln und Pfeifchen bis Galton 2,8 (Blasen des letzteren 2 m weit gehört).

weit und mehr; von Vokalen verstand es nur a; von Konsonanten ausser p und r, welche vom Ohr gefühlt werden können, nur s und sch; sonst nichts. Der völlige Verlust des Selbstsprechens soll sich erst in dem auf die Erkrankung folgenden $^3/_4$ Jahr entwickelt haben. Professor Anton gelang es, das Kind in ca. 14 Tagen durch Nachahmung der Sprach- und Schreibebewegungen die meisten Buchstaben des Alphabets lesen und schreiben zu lehren. Das von Bezold citierte Gutachten von Professor Anton schliesst mit den Worten:

„Als Diagnose für den vor 4 Jahren aufgetretenen Erkrankungsprozess muss ich mit grösster Wahrscheinlichkeit bezeichnen: Sensorische Aphasie (Worttaubheit) nach Entzündung oder Erweichung in den I. oder II. Windungen des Schläfengehirns."

Ich glaube nun, der mitgeteilte Thatbestand nötigt dazu, hier nicht die kortikale Aphasie, sondern die in dieser Arbeit behandelte Lichtheim'sche subkortikale Aphasie zu statuieren. Das Kind verlor zunächst nur das Sprachverständnis, nicht das Selbstsprechen, welches erst nach $^3/_4$ Jahr völlig verloren gegangen sein soll. Die Erkrankung des Kindes zeigte also den Symptomenkomplex des aufgehobenen Sprachverständnisses bei erhaltenem Sprechen; den Verlust der aktiven Sprache möchte ich nicht als Teilglied der Erkrankung, sondern als Folge der Krankheit betrachten. Es ist begreiflich, dass ein 4jähriges Kind, welches kaum in den Besitz der Sprache gelangt ist, bei definitivem Fortfall des Sprachverständnisses die motorischen Wortbilder einfach wieder vergisst, d. h. das Sprechen wieder verlernt.

Ziehl's Fall.

Der Ziehl'sche Fall*) weicht in einigen Punkten von dem unsrigen ab. Es seien ihm und diesen Differenzen einige Worte gewidmet.

Einen 75jährigen Mann überrascht in voller Gesundheit eine ganz kurze Bewusstseinsstörung, danach bleibt als einziges Krankheitssymptom zurück eine Sprachstörung. „Die Hörprüfungen ergaben durchaus gute Hörschärfe; Weber'scher, Rinne'scher Versuch wie beim

*) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VIII, 1896, S. 261.

Gesunden. „Eine ausklingende Stimmgabel wird sowohl bei Luft-, als bei Knochenleitung fast so lange gehört, wie von mir selbst, die geringe Differenz ist wohl dem Alter des Patienten zuzuschreiben. Tiefe und hohe Töne hört er gleich gut, keine ausfallenden Töne."

Die Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe scheint zwar nicht vorgenommen worden zu sein. Es wäre sonst wohl ausdrücklich gesagt. Aber in der That waren die offenbar zahlreichen Stichproben so vertrauenerweckend ausgefallen, das allgemeine Verhalten des Patienten gegen Schallreize so unverdächtig, dass an der Intaktheit oder wenigstens annähernden Intaktheit des Hörvermögens nicht zu zweifeln ist.

Patient hört alle Geräusche und deutet sie richtig, Melodieen dagegen erkennt er nicht. Ebenso kann er kein Wort verstehen oder nachsprechen. Dagegen spricht er einzelne Buchstaben nach: nämlich alle Vokale und Doppelvokale und stummen Konsonanten, wenn sie deutlich gesprochen werden (ein neuer Beweis für die Intaktheit des Hörvermögens). R und O wird für sich nachgesprochen, setzt man aber die beiden Buchstaben zu dem Worte „roh" zusammen, so versagt die Perception. Die Sprache ist fliessend, er verwechselt jedoch mitunter Buchstaben und Silben, zuweilen auch ähnlich klingende Worte. Am seltensten werden auch ganz anders klingende Worte gebraucht. Doch war die Paraphasie nur von mässigem Grade. „Spiel mal aus der Zauberflaute" oder aus „Don Wau", „weich" mir die Hand mein Leben." Ich habe heute etwas „Kopfschmarz", meine „Vernachten" (Verwandten) waren zu lange hier, da habe ich meine Stimme zu sehr angestrengt, und zu „stiel" gesprochen.

Beim Lesen ist die Paraphasie viel geringer, ebenso sind die Fehler beim Schreiben weniger zahlreich.

Er bezeichnet Gegenstände meist richtig, nur mitunter sind Silben oder Buchstaben verkehrt.

Hiernach liegt also nicht entfernt das reine Bild der subkortikalen sensorischen Aphasie vor, sondern alle Symptome, welche sich bei der kortikalen sensorischen Aphasie finden, sind daneben in geringerem Grade vertreten.*)

*) Verf. nimmt zur Erklärung dieser Beimischungen an, dass derselbe Herd, der die subkortikale Aphasie verursacht habe, eine „Leitungsaphasie" d. h. Unterbrechung der Bahn vom sensorischen zum motorischen Sprachencentrum (A. M. bei Lichtheim und Wernicke) bewirkt habe.

Aber immerhin ist besonders die Schreib- und Lesestörung unerheblich, die Störung beim spontanen Sprechen geringer, als sie bei Fällen kortikaler sensorischer Aphasie zu sein pflegt. Das Krankheitsbild steht daher in der That dem der subkortikalen Aphasie näher.

In einem wichtigen Punkte weicht Ziehls Kranker, abgesehen von den erwähnten Beimischungen, von Gorstelle ab.

Jener konnte die Sprachelemente, Vokale und Konsonanten verstehen und nachsprechen. Nur zum Wort gefügt wurden sie nicht percipiert. Gorstelle dagegen ist nicht nur worttaub, sondern auch lauttaub. Ziehl generalisiert daher mit Unrecht diese Besonderheit seines Falles zum wesentlichen Kennzeichen der subkortikalen sensorischen Aphasie. Er trennt die Buchstaben, da sie „nichts anderes als Töne und Geräusche“ seien, scharf vom Worte.

In Wahrheit sind aber Vokale und Konsonanten principiell vom Wort nicht verschieden. Schon sie sind komplizierte Gebilde, aus einer Mehrzahl einfacher in ganz bestimmten Höhen- und Stärkeverhältnissen zueinanderstehenden Tönen zusammengesetzt. Die Verschmelzung dieser Elemente zu dem akustischen Lautbilde ist assoziiert mit einem optischen Bilde, mit einem Sprachbewegungs- und Schreibbewegungsbilde. Sowohl diese Verschmelzung, wie die Assoziation des Produktes mit den übrigen Bildern ist nicht mehr eine einfache Funktion des Hörcentrums, sondern schon eine Leistung des centralen Sprachapparates. In demselben Sinne wie Ziehl es von den Buchstaben behauptet, bestehen auch Worte zunächst aus „nichts anderem als aus Tönen und Geräuschen.“ Allerdings sind sie mit Gegenstandsvorstellungen verknüpft. Aber als blosse Klangbilder sind sie nur graduell von dem Buchstaben verschieden.

Will man also bei erhaltenem Hören erhaltene Perception des Buchstabenlautbildes fordern, so muss man auch dasselbe für das Wortlautbild verlangen. Dass aber nicht nur die Assoziation des Wortlautbildes mit der zugehörigen Vorstellung, sondern schon die Perception des Wortlautbildes selbst trotz intakter akustischer Perception zerstört sein kann, beweist ja der Ziel'sche Fall selbst, ebenso wie der unsere.

Es ist also auch theoretisch nicht begründet, die Buchstabenauffassung dem Hörvermögen und erst die Wortauffassung der Sprachfähigkeit zuzurechnen, und das Erhaltensein der ersteren bei der subkortikalen sensorischen Aphasie zu fordern. Vielmehr müssen wir von

der Thatsache Notiz nehmen, dass die reine Sprachtaubheit bald jede Auffassung von Sprachlauten aufhebt, wie in unserem Falle, bald nur die kompliziertere Leistung der Wortperception beeinträchtigt. Ganz intakt war ja die Buchstabenauffassung bei Ziehls Kranken auch nicht. Konsonanten erkennt er: „wenn man sie deutlich spricht“ (S. 262 L. c.) Die so erschwerte Auffassung der Konsonanten ist doch aus dem Hörbefund nicht erklärt. Also eine Andeutung der weitergehenden Störung, welche bei unserem Patienten vorliegt. Welche anatomischen Umstände die Verschiedenheit in Ziehls und meinem Falle bedingen, kann nicht einmal vermutungsweise angegeben werden.

Ein weiterer Unterschied der beiden Fälle liegt in dem Bestehen einer partiellen Seelentaubheit bei Gorstelle, welche bei Ziehls Pat. fehlte.

In dieser Hinsicht ist Gorstelle auch von Lichtheims und Wernickes Kranken verschieden. Jedoch bietet die Erscheinung der Auffassung keine Schwierigkeiten. Wenn die Synthese der Töne zu Sprachklangbildern, sowie die Verknüpfung derselben mit Gegenstandsvorstellungen (den Wortbegriffen), nur in der Rinde des linken Schläfenlappens geschieht, so ist es nicht befremdlich, dass dasselbe in gewissem Umfange für die Verschmelzung der einen Instrumentalklang oder ein Geräusch zusammensetzenden Töne, sowie die Verbindung des Verschmelzungsproduktes mit der Gegenstandsvorstellung, in diesem Falle der Schallquelle, gilt. Dass also der rechte Schläfenlappen nicht oder nur unvollkommen der Erkennung der Art des Schalles dient, so dass Ausschaltung der Rinde des linken Schläfenlappens einen mehr oder minder grossen Grad von Seelentaubheit verursacht.

In dieser Arbeit wurde zu Anfang auf die Bedrängnis hingewiesen, in welche neuerdings die subkortikale sensorische Aphasie geraten war. Sie war in Gefahr, mindestens einen grossen Teil ihres Gebietes an die allgemeine Schwerhörigkeit abtreten, wenn nicht ganz zu Gunsten dieser abdanken zu müssen.

Es wurde als berechtigt erkannt, gewisse Fälle von aufgehobenem Sprachverständnis der allgemeinen akustischen Störung zuzuweisen. Es wurde aber bemerkt, dass den Autoren, welche dieses thaten, jeder

sichere klinische Anhalt fehlt für die Entscheidung, wo eine solche akustische, wo reine Sprachtaubheit vorlag.

Es wurde gezeigt, dass erst Bezolds Untersuchungen ein sicheres Kriterium zur Unterscheidung beider Formen gebracht haben. Dadurch, dass sie das Mindestmass des zum Sprachverständnis erforlichen Hörvermögens festlegten.

Mittelst dieses Kriteriums wurde festgestellt, dass Freunds Versuch, den von Wernicke als subkortikale sensorische Aphasie aufgefassten Fall „Hendschel" als blosse doppelseitige Labyrintherkrankung zu erweisen, misslungen ist.

Weiterhin wurde die Existenz einer von Gehörstörungen unabhängigen Sprachtaubheit gesichert:

1. durch Mitteilung eines neuen reinen Falles von Sprachtaubheit,
2. durch den Hinweis auf eine offenbar hierhergehörige Kranke Bezolds,
3. durch Hinweis auf Ziehls Fall.

Zu einer Klärung des Krankheitsbildes nach allen Richtungen wird es erst kommen, wenn uns ein Sektionsbefund von einem reinen Fall vorliegen wird.

Nachtrag.

Nach Druck des Voranstehenden trat plötzlich am 8. Juli der Tod des Gorstelle ein.

Eine Stunde, nachdem ich ihn in der Sitzung der medizinischen Sektion der Vaterländischen Gesellschaft vorgestellt hatte, fiel er bewusstlos um und bekam Krämpfe. Zwei und eine halbe Stunde darauf exitus letalis.

Ich bin daher in der Lage, den makroskopischen Befund schon hier mitzuteilen.

Die Vermutung, dass es sich um eine neue Blutung im Mark der linken Hemisphäre handelte, bestätigte sich. Daneben fanden sich frische Blutungen und Erweichungen in der Brücke. Leider hat die neue Blutung eine ungeheure Zerstörung angerichtet und auch gerade das Gebiet betroffen, in welchem der alte Herd zu suchen war, nämlich das Marklager des linken Schläfenlappens.

Ein makroskopischer Nachweis des alten Herdes in der mit Blutgerinnsel und zertrümmerter Hirnsubstanz erfüllten Höhle, welche die Blutung hergestellt hatte, liess sich nicht führen.

Zum Glück gestattet ein Exklusionsschluss, schon vor der mikroskopischen Untersuchung, unsere Annahme, dass der Herd im Stabkranz des linken Schläfenlappens innerhalb des neuen Herdes gelegen habe, zu bestätigen.

Der Befund widerlegt die von immer mehr Autoren angenommene, besonders von Freud und Pick verfochtene Meinung, dass das Symptomenbild der subkortikalen sensorischen Aphasie durch doppelseitige Herde in der Rinde des Schläfen-

lappens verursacht werde. In unserem Fall erwies sich nämlich die Rinde beider Schläfenlappen als intakt. Ja, in der rechten Hemisphäre ist überhaupt kein Herd nachzuweisen.

Ebensowenig fand sich an der Basis oder im Kleinhirn (entsprechend etwa dem Falle Maravec bei Pick [Arch. f. Psych. XXVIII u. Beiträge etc. S. 85]) ein Tumor, der die N. acustici komprimiert hätte.

Da sich somit in den erhalten gebliebenen Teilen des Gehirns der alte Herd nicht fand, so muss er in dem zerstörten Gebiete, nämlich dem Mark der linken Hemisphäre gelegen haben.

Doppelseitige Labyrintherkrankung war ja schon durch den klinischen Befund auszuschliessen. Der Vollständigkeit wegen wird auch noch eine histologische Untersuchung des Labyrinths vorgenommen werden.

Der rechte N. acusticus ist schon mikroskopisch (van Gieson'sche und Markscheidenfärbung) untersucht worden und erwies sich als durchaus normal.

Den Bericht über die Ergebnisse der weiteren mikroskopischen Untersuchung werde ich in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie" nachfolgen lassen, möchte aber hier schon eine detaillierte Schilderung des makroskopischen Befundes niederlegen.

Sektionsprotokoll. Bei Eröffnung der Schädelhöhle entleert sich ziemlich reichlich schwärzliches flüssiges Blut. An beiden Stirnpolen alte Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach. Letzteres sehr dick. Nähte verwachsen. Tabula interna sehr blutreich.

Auf der Innenfläche der Dura links einige gelbliche verwaschene Flecken. Pia links trocken, Piagefässe links nicht gefüllt. Gyri links flach und breit, sulci verstrichen.

Rechts die Gyri in geringerem Grade abgeplattet. Die Sulci ebenso in geringerem Grade verstrichen.

Bei Eröffnung der hinteren Schädelgrube fliesst wieder sehr viel schwarzes Blut ab.

Carottiden klaffend, Gegend des Chiasma, Brücke und Unterfläche des Kleinhirns mit geronnenem Blut bedeckt.

Die Brücke abgeplattet und vergrössert.

Die Medianfläche der linken Hemisphäre vor dem Balken stark nach der Mitte vorgewölbt. Die ganze linke Hemisphäre, besonders

in der Scheitel- und Schläfengegend bot dem Finger das Gefühl des Schwappens.

Nachdem das Gehirn in toto erst einen Tag in 10% Formol, dann 2 Tage in Müller'scher Flüssigkeit angehärtet war, nahm mein verehrter Chef, Herr Prof. Wernicke, die Zerteilung des Gehirns vor. Es ergaben sich dabei folgende Verhältnisse:

Der grösste Teil der Brücke frisch erweicht; in der linken Hälfte der Brücke zwei frische Blutherde; im linken crus cerebelli ad pontem ebenfalls eine kleine frische Blutung.

In der rechten Hemisphäre die Ventrikel stark erweitert, mit Blutgerinnsel gefüllt; die Wände der Ventrikel intakt, überhaupt in Mark und Rinde der rechten Hemisphäre kein Herd aufzufinden.

In der linken Hemisphäre wird ein grosser frischer Blutherd aufgedeckt. Die Blutung hat eine mit Blutgerinnsel und zertrümmerter Hirnmasse erfüllte Höhle im Mark gebildet, welche 2 cm hinter dem Stirnpol beginnt, und bis $7^1/_2$ cm vor dem Occipitalpol reicht bis in die Nähe der Stelle, an welcher das Hinterhorn sich vom Unterhorn trennt.

Die Blutung hat den thalamus und den Rest des corpus striatum gänzlich von der Rinde abgesprengt. Oben ist die Höhle durch den zum grösseren Teil erhaltenen Balken begrenzt. Seine grösste Breite hat der Herd 6 cm hinter dem Stirnpol, wo er einen seitlichen Fortsatz in die dritte Stirnwindung sendet.

Vorn ist der nucleus candatus und der Linsenkern fast ganz zerstört.

Durch die Zerstörung der grossen Ganglien bilden Vorderhorn und cella media mit der pathologischen Höhle einen Hohlraum.

In der Inselgegend wird die Höhle kleiner; immerhin ist der grösste Teil des corpus striatum und der inneren Kapsel, sowie claustrum und äussere Kapsel zerstört.

Von oben reicht in der Sagittalrichtung ein nach unten abgetrennter, 5 cm langer Rest des Stabkranzes in die Höhle, diese in zwei seitliche Hälften teilend.

Die Basis der Höhle wird in der Inselgegend nur durch eine $^3/_4$ cm dicke Platte gebildet, welche das obere Dach des Unterhorns bildet. Der ganze oberhalb dieser Platte gelegene Stabkranz zum Schläfenlappen ist zerstört. Der sich nach hinten verschmälernde und spitz in der den thalamus nach hinten begrenzenden Frontalebene endigende Herd bleibt dauernd

oberhalb des Unterhorns durch die etwa 4 mm dicke Platte, welche hinten den erhaltenen Rest des Stabkranzes zum Schläfenlappen enthält, vom Unterhorn getrennt.

Unterhorn und Hinterhorn ausserordentlich erweitert und mit Blutgerinnsel erfüllt, aber intakt.

Als wesentlich kommt in Betracht, dass der grösste Teil des Stabkranzes zum Schläfenlappen, bis auf jene dünne, das Dach des Unterhorns bildende, erhaltene Platte zerstört ist.

Während der Korrektur dieser Arbeit sind Picks „Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems" (1898) erschienen, in welchen mehrere Kapitel sich mit der subkortikalen sensorischen Aphasie beschäftigen. Ohne hier schon auf seine Auslassungen mit der diesem Autor gebührenden Ausführlichkeit einzugehen, möchte ich doch kurz auf seine wichtigsten Schlussfolgerungen Bezug nehmen.

Er berichtet im Kap. IV über einen Fall von „sogen. subkortikaler Aphasie", bei welchem die Sektion doppelseitige Läsion der Rinde des Schläfenlappens erwies. Pick sieht darin eine Bestätigung seiner früher ausgesprochenen Ansicht und resümiert S. 67 dahin: „Man wird als das Resultat dieser Auseinandersetzungen jedenfalls zwei Sätze formulieren dürfen: dass ein Beweis für die Richtigkeit der theoretisch konstruierten Annahme von der Entstehung der subkortikalen sensorischen Aphasie durch einen Herd in der linken Grosshirnhemisphäre bisher nicht vorliegt; weiter, dass es dagegen mehr als wahrscheinlich ist, dass jene Form durch doppelseitige Läsionen der Schläfenlappen mit Beteiligung der Rinde in bestimmter Anordnung zustande kommt."

In demselben Sinne spricht sich Pick an vielen Stellen seines Buches aus.

Dieser Standpunkt kann schwerlich angesichts unseres Sektionsbefundes festgehalten werden.

Mir ist überhaupt nicht ersichtlich, mit welchem Recht Pick seinen Fall (Pelk) zur subkortikalen sensorischen Aphasie rechnet. Nach dem Krankheitsbericht war die Frau wahrscheinlich total taub, mindestens annähernd taub. Ich habe die das Hörvermögen betreffenden Notizen Picks ausgezogen:

15. Dezember. „Reagiert auf keinerlei Gehörseindrücke.“ (S. 58.)

18. Dezember. „Reagiert nicht auf Anrufen und Händeklatschen u. A.“

4. Januar. „Bei lautem Anrufen wendet sich die Kranke das erste Mal um, bei Fortsetzung des Versuches nicht mehr. Harmonikaspiel hat denselben Erfolg.“ (S. 59.)

5. Januar. Am Abend bekommt man auch da den Eindruck, dass sie den ersten Ruf hört, aber auf weitere Rufe und andere intensive Geräusche reagiert sie nicht.“

Dasselbe am 7. Januar.

Ferner „die Töne einer Ziehharmonika schienen zweimal ihre Aufmerksamkeit erregt zu haben.“

„Auf lautes Klatschen in die Hände reagiert Pat. nicht.“

Wenn sie angesprochen wird, wendet sie sich zur Seite.

12. Februar. „Angerufen und nach ihrem Befinden gefragt, scheint Pat. „wie gestern“ geantwortet zu haben.“

Pick führt mit Recht diese höchst spärlichen Anzeichen akustischer Perception mit „es scheint, man hat den Eindruck“ etc. ein.*)

Aber will man selbst diesen Anschein für Gewissheit gelten lassen, so bleiben nur minimale Spuren von Gehör übrig. Nach allem Vorangeschickten kann daher hier von einer subkortikalen sensorischen Aphasie keine Rede sein, es handelt sich vielmehr — soweit die perceptive Seite der Erkrankung in Frage kommt — um centrale Taubheit oder derselben sehr nahe kommende Schwerhörigkeit, und damit fehlt diesem, dem Wernicke-Friedländer'schen anzureihenden Falle, die Beweiskraft für die vorliegende Frage.

Ebensowenig kann ich dem Symptomenkomplex der subkortikalen sensorischen Aphasie in einem weiteren von Pick herangezogenen Falle (Myska) finden, bei dem die Sektion eine doppelseitige, „wahrscheinlich auch beide Schläfenlappen beteiligende Affektionen aufwies“ (S. 64). Die betr., im Kap. IX näher behandelte Kranke, welche expressiv die Erscheinung des Agrammatismus zeigte, reagierte selbst auf starke Geräusche, stärkstes Klatschen nicht. Pick hätte daher centrale Taubheit als vorliegend angenommen, wenn die Kranke nicht dreimal in einem Zeitraum von fast drei Monaten anscheinend zu ihr Gesprochenes verstanden hätte.

Einmal hat sie nämlich die Aufforderung zum Zeigen der Zunge, ein andermal die zum Reichen der Hand befolgt. Ein drittesmal auf die Drohung: „Sie werden bestraft!“ „Ja, strafan“ gesagt.

---

*) Von Vorkehrungen dagegen, dass Pat. mittels anderer Sinne Kenntnis davon bekam, dass sie angeredet wurde, verlautet nichts. Niemals sagte Pat., sie höre, aber verstehe nicht, was doch alle Sprachtauben thun.

Für die beiden ersten Fälle giebt Pick selbst die Möglichkeit zu, „dass vielleicht eine unkontrollierte Bewegung des Untersuchers dem Verständnis der Kranken zu Hülfe gekommen sei.“

Es bleibt also nur die Wiederholung des Wortes „strafen“ als einziger Beweis erhaltenen Hörens bei einer Person, die sonst nicht einmal auf stärkste Geräusche reagierte, übrig. Will man hierauf allein centrale Taubheit ausschliessen, so bewiese diese Wiederholung eines Wortes ebenso wie die eventuelle Befolgung obiger Aufforderungen jedenfalls alles eher als Sprachtaubheit, deren Wesen gerade in dem umgekehrten Verhältnisse: erhaltenem Ton- und Geräuschgehör bei aufgehobenem Wortverständnis besteht.

Einzelpreis Mk. 1,—. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 9.

Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.

Von

Dr. R. Gaupp

Assistenzarzt der Univ.-Poliklinik für Nervenkranke in Breslau.

BRESLAU 1898.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Über die spinalen Symptome

der

progressiven Paralyse.

Von

Dr. R. Gaupp

Assistenzarzt der Univ.-Poliklinik für Nervenkranke in Breslau.

BRESLAU 1898.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Die progressive Paralyse ist die häufigste und wichtigste chronische Geisteskrankheit. Sie befällt geistig meist vorher völlig gesunde und vollwertige Menschen auf der Höhe ihrer Kraft, bringt ihnen im Lauf weniger Jahre oder Monate geistige und körperliche Vernichtung. Bei ihrer offenbar rapiden Zunahme tritt nicht nur an jeden Psychiater, sondern überhaupt an jeden Arzt die Verpflichtung heran, sie genau zu kennen, sie namentlich auch schon in ihren ersten Anfängen zu erkennen. Kein Wunder daher, dass die Frühdiagnose der progressiven Paralyse schon mehrfach der Gegenstand besonderer Abhandlungen wurde und dass man sich eifrig bemüht, sichere, in allen Fällen untrügliche Kennzeichen des nahenden Unheils festzustellen. Diese Aufgabe scheint in neuerer Zeit dadurch mehr als früher erschwert zu sein, dass eine bestimmte Form der Paralyse, die rein demente Form, immer häufiger wird und das sogenannte klassische Bild an Bedeutung mehr in den Hintergrund tritt. Dies hat zur Folge, dass man sich allmählich daran gewöhnt, die ersten Zeichen des Leidens auf körperlichem Gebiete zu suchen, psychische Anomalien nicht als unbedingt notwendig nachweisbar zu betrachten. Je mehr sich die Psychose nur unter dem Bild langsam progressiver Intelligenz- und Gedächtnisschwäche abspielt, desto schwieriger wird es, namentlich bei nur einmaliger Untersuchung eines unbekannten Kranken, aus dem psychischen Verhalten allein ein sicheres Urteil zu gewinnen. Lokale Verhältnisse erschweren diese Beurteilung noch. In Gegenden, welche wie z. B. Breslau, Bevölkerungsschichten liefern, die durch übermässigen Schnapsgenuss geistig schwer geschädigt werden, ist die Feststellung einer Urteils- und Gedächtnisschwäche, auch wenn sie sicher als eine erworbene erkannt werden kann, nicht ausreichend. Die alkoholistische Demenz kann der paralytischen in gewissen Stadien auf ein Haar gleichen. Auch andere Gifte z. B. Blei, erzeugen gelegentlich psychische

Schwächezustände, vorübergehend auch Erregungszustände, die von der Paralyse nicht sicher differenziert werden können. Diese Krankheiten sind ja in den letzten Jahren mehrfach beschrieben worden (vergl. Wachsmuth, Paralysenähnliche Intoxikationspsychosen).

Bei dieser Lage der Dinge ist das Suchen nach körperlichen Symptomen, welche zur Diagnose der Paralyse hinreichen, begreiflich und berechtigt. Sommer hat in seiner Diagnostik der Geisteskrankheiten eine Reihe körperlicher Störungen als wichtigste diagnostische Zeichen in den Vordergrund gerückt: Fehlen der Kniephänomene, reflektorische Pupillenstarre, Sehnervenatrophie, Augenmuskellähmungen. Er hebt die Bedeutung dieser Symptome so sehr hervor, dass er sich veranlasst sieht, doch noch zu erwähnen, dass die Abwesenheit tabischer Symptome nicht mit Sicherheit gegen die Annahme der progressiven Paralyse spreche. Auch Thomsen, Hoche und viele Andere betonen den Wert der genannten Erscheinungen für die Diagnose, speciell die Frühdiagnose der Krankheit. Sie sind deshalb so wertvoll, weil sie nicht bloss in ihrer Kombination, sondern auch als Einzelsymptome nur noch bei wenigen anderen Krankheiten vorkommen. Vor allem gilt dies für die reflektorische Pupillenstarre. Vielfache Untersuchungen haben gelehrt, dass die reflektorische Pupillenstarre zusammen mit dem Verlust der Patellarreflexe fast nur der Tabes und der progressiven Paralyse zukomme, dass sie auch für sich allein in der grossen Mehrzahl der Fälle für eine dieser beiden Krankheiten spreche. Ich verweise hier auf die grosse Statistik von Uhthoff, Siemerling u. A. Während man nun aber seit den grundlegenden Untersuchungen von Westphal sich allmählich dahin geeinigt hat, die meisten der oben genannten Symptome bei der Paralyse auf die Degeneration der Hinterstränge, d. h. also auf eine die Paralyse komplizierende Tabes zurückzuführen, schien die klinische Beobachtung zu der Annahme zu zwingen, dass dies für die reflektorische Pupillenstarre nicht der Fall sei. Es wurde vielfach hervorgehoben, dass sich Pupillenstarre keineswegs regelmässig mit Verlust der Patellarreflexe kombiniere, dass vielmehr häufig diese dabei normal oder gesteigert sein und dass auch sonst alle Zeichen der Tabes fehlen können. Dies geht z. B. aus den statistischen Arbeiten von Siemerling, Westphal, Möli, Wollenberg, Gudden hervor. Wohl fiel manchen Autoren, z. B. Möli auf, dass sich die Pupillenstarre häufiger mit fehlenden als mit gesteigerten Patellarreflexen zusammenfinde und dass namentlich erhaltene Pupillarreaktion bei der Paralyse

sich fast stets mit Intaktheit oder Steigerung der Kniesehnenreflexe vergesellschafte, aber ein bestimmter gesetzmässiger Zusammenhang war nicht zu erweisen und Hoche gab gewiss die meistverbreitete Anschauung wieder, wenn er in seiner Arbeit über die Frühdiagnose der progressiven Paralyse die Ansicht aussprach, dass sich Störungen von Seiten der Pupillen in mehr als der Hälfte der Fälle von progressiver Paralyse finden, oft schon viele Jahre vor dem Auftreten der psychischen Symptome, und zwar auch in Fällen, die „später in ihrer Rückenmarkserkrankung nicht den Hinterstrangtypus zeigen". Wäre dies richtig, so müssten wir also sagen: eine Reihe wichtiger Frühsymptome der progressiven Paralyse finden sich nur bei den mit Hinterstrangserkrankung komplizierten Fällen: so das Fehlen des Kniephänomens, die Sehnervenatrophie, Augenmuskellähmungen, lanzinierende Schmerzen, Gürtelgefühl, Gefühls- und Blasenstörungen bei noch ausreichender Intelligenz und Aufmerksamkeit. Von ihnen unterscheidet sich das wichtigste Symptom, die reflektorische Pupillenstarre dadurch, dass sie nicht auf Rechnung der komplizierenden Tabes, sondern ein beiden Krankheiten zukommendes, von der Hinterstrangserkrankung an sich völlig unabhängiges Gehirnsymptom darstellt. Dasselbe wird übrigens von manchen auch für Opticusatrophie und Augenmuskellähmungen behauptet. (Cfr. Archiv f. Psych. XXVI, S. 927). Ist dem wirklich so? Eine endgültige Antwort kann natürlich nur die pathologische Anatomie geben; die Untersuchung des Rückenmarks von Paralytikern, welche die genannten Symptome boten, muss die Entscheidung bringen, ob in solchen Fällen immer anatomisch nachweisbare Zeichen von Tabes dorsalis bestanden.

Ehe ich durch Mitteilung meiner anatomischen Untersuchungen die Beantwortung dieser Frage unternehme, muss ich gewissen naheliegenden Einwänden begegnen. Einmal: Hat diese Frage überhaupt irgend welche praktische Bedeutung? Hat es einen Wert, auseinander zu halten, welche Symptome im vielgestaltigen klinischen Bild der progressiven Paralyse auf Rechnung einer die Krankheit begleitenden Tabes kommen und welche nicht? Die neuere Forschung, namentlich die ätiologische Forschung führt mehr und mehr zu der Erkenntnis, dass Tabes und Paralyse im Grunde nur eine verschiedene Lokalisation desselben Prozesses, des metasyphilitischen Parenchymschwundes darstellen; es könnte daher ein müssiges Unternehmen scheinen, klinische Symptome noch auf ihre Zugehörigkeit zu einem der beiden wesensgleichen Prozesse untersuchen zu wollen. Gerade dieser ätiologische,

namentlich von Raymond, Strümpell und Möbius vertretene Standpunkt wird sich mit der Thatsache begnügen können, dass die Pupillenfasern beim metasyphilitischen Nervenschwund meist zu Grund gehen, mag er sich nun mehr im Gehirn oder im Rückenmark etablieren. Allein es sind eben gewisse praktische Erfahrungen, welche mir die Überzeugung beigebracht haben, dass die vorliegende Frage nicht ganz überflüssig ist. Die klinische Beobachtung hat, wie schon erwähnt, zu der Ansicht geführt, dass reflektorische Pupillenstarre bei der Paralyse vorkomme, ohne dass sonst tabische Symptome bestehen, ohne dass namentlich die Patellarreflexe immer zu fehlen brauchen. So lernt der Praktiker die Pupillenstarre als das in beiden Fällen, mit oder ohne Tabes, bestehende Symptom der Paralyse schätzen, und so hat sich allmählich die irrtümliche Auffassung in der Praxis herausgebildet, dass zur Diagnose der Paralyse Störungen der Pupillenbewegung notwendig seien oder dass sie wenigstens das wichtigste körperliche Symptom darstellen. Es ist mir schon mehrfach begegnet, dass selbst vorgeschrittene Fälle von progressiver Paralyse von Ärzten nicht als solche erkannt und anerkannt wurden, weil, wie ausdrücklich hervorgehoben wurde, die Pupillen auf Lichteinfall reagierten. Auch in Gutachten habe ich schon öfter gelesen: „gegen das Bestehen der progressiven Paralyse spricht die normale Pupillarreaktion“ oder ähnliches. Dass dies vollständig unrichtig ist, dass im Gegenteil gar nicht selten die Pupillarreaktion im ganzen Verlauf der Paralyse vollständig normal bleibt, ist zweifellos. Und deshalb schien es mir auch praktisch wichtig, den Nachweis zu liefern, dass die Störungen von Seiten der Pupillen nur denjenigen Fällen von progressiver Paralyse eigen sind, bei denen sich das Leiden, wie allerdings sehr häufig, mit einer Hinterstrangserkrankung des Rückenmarks kompliziert.

Ein anderer Einwand, dem ich zu begegnen habe, ist folgender: Wenn die Störungen der Pupillenbewegung wirklich nur den mit Tabes komplizierten Fällen von Dementia paralytica zukommen sollen, warum gelingt es dann in sehr vielen Fällen nicht, andere Symptome der Tabes dorsalis nachzuweisen? Diese Frage erhält durch die klinische Erfahrung ihre gute Berechtigung. Es ist nicht zu leugnen, dass es bei der Untersuchung paralytischer Kranker, welche Pupillenstörungen darbieten, häufig nicht gelingt, andere sichere Zeichen von Tabes zu finden. Die Patellarreflexe, die meist zuerst untersucht

werden, sind vorhanden, oft sogar gesteigert, Sensibilitätsstörungen sind nicht oder wenigstens nicht sicher festzustellen, über Blasenstörungen wird nicht geklagt; die Potenz scheint nicht verändert, wird sogar manchmal als gesteigert angegeben, kurz: die Symptome, die wir sonst meist schon im Beginn der Tabes neben der Pupillenstarre finden, sind nicht vorhanden oder lassen sich wenigstens nicht einwandsfrei nachweisen. Auf die Bedeutung eines wichtigen tabischen Symptoms, dem, wie mir scheint, immer noch nicht die richtige Beachtung geschenkt wird, der Steigerung der passiven Beweglichkeit der Glieder werde ich später noch ausführlicher zu reden kommen.

Wie erklärt sich nun der Mangel tabischer Symptome in den Fällen von Paralyse, in denen ich infolge Bestehens von Pupillenstörungen komplizierende Hinterstrangserkrankung annehme? Da ist nun einmal darauf hinzuweisen, dass auch bei der gewöhnlichen Tabes dorsalis die Pupillenstarre oft jahrelang das einzig nachweisbare Symptom der Krankheit ist. Die Tabes beginnt eben klinisch häufig mit Pupillenstörungen und es ist daher, zumal die Paralyse meist im Lauf weniger Jahre zum Tod führt, a priori zu erwarten, dass in manchen Fällen keine anderen Symptome zur Entwicklung kommen. Wichtiger aber ist: eine Reihe von tabischen Symptomen können bei einem Paralytiker vorhanden sein, aber klinisch nicht nachgewiesen werden, weil die zur Untersuchung der Störungen notwendige Intelligenz und Aufmerksamkeit des Kranken nicht mehr da ist. Dies gilt vor allem für feinere Sensibilitätsprüfungen. Eine richtige Untersuchung der Lageempfindung der Glieder ist bei einem ausgesprochenen Paralytiker meist nicht möglich. Blasenbeschwerden werden von dem intellektuell geschwächten und unaufmerksamen Kranken nicht im Gedächtnis behalten und deshalb nicht angegeben, sind objektiv im Anfangsstadium nicht nachweisbar. Das Gleiche gilt von Änderungen der Potenz, zumal hier von der Ehegattin eine rücksichtslosere Befriedigung der Libido manchmal irrtümlicherweise als eine Steigerung der Potenz aufgefasst und die thatsächliche Abnahme der Geschlechtskraft nicht bemerkt wird. Die Erinnerung an vorübergehendes Doppeltsehen geht dem in seiner Merkfähigkeit geschwächten Kranken rasch wieder verloren. Lancinierende Schmerzen können fehlen; aber auch wenn sie bestehen, werden sie weniger betont, sind auch wohl weniger lebhaft infolge der dem Paralytiker eigenen psychischen Hypästhesie, die ja bekanntlich bis zu fast totaler Analgesie gehen kann und dann

nicht selten Sensibilitätsstörungen vortäuscht, die keiner lokalen Affektion, sondern der paralytischen Demenz und Torpidität ihren Ursprung verdanken. Wer genau darauf achtet, wird übrigens sehr häufig von Paralytikern im Anfang ihres Leidens die Klage hören, dass sie „das Reissen in den Beinen“ haben. So sagt Gudden in seiner statistischen Arbeit, dass Kopfschmerzen und „reissende“ Schmerzen in den unteren Extremitäten meist den Prozess der Paralyse einleiteten. Durch diese Beobachtung war ja Westphal bekanntlich auf den Zusammenhang von Paralyse und Tabes aufmerksam geworden. Eines der wichtigsten Tabessymptome, den Verlust des Kniephänomens vermissen wir weiterhin sehr häufig bei Paralytikern, die lichtstarre Pupillen zeigen, und diese Thatsache ist es gerade gewesen, welche wohl hauptsächlich zu der Auffassung geführt hat, dass die reflektorische Pupillenstarre auch der nicht mit Tabes komplizierten Paralyse eigen sei. Die Erklärung dieser Thatsache giebt die Lehre von der kombinierten Strangerkrankung. Die Anomalien im Verhalten der Sehnenreflexe gehen beim Paralytiker häufig Hand in Hand mit Veränderungen des Muskeltonus. Ich muss daher, ehe ich die häufigen Anomalien der Sehnenreflexe bei der Paralyse bespreche, erst eines wichtigen tabischen Symptoms Erwähnung thun. Dieses Symptom ist die gesteigerte passive Beweglichkeit, die abnorme Schlaffheit der Glieder. Wernicke hat von jeher in seiner Klinik auf die Bedeutung dieser Erscheinung für die Diagnose der Tabes ebensowohl als der progressiven Paralyse hingewiesen. Frenkel hat, soviel ich weiss, als der erste die Erscheinung unter dem Namen der Hypotonie zum Gegenstand einer eigenen Abhandlung gemacht und genauer geschildert. Das Symptom ist auch für die Diagnose der progressiven Paralyse in manchen Fällen von grosser Wichtigkeit. Bei der Untersuchung der passiven Beweglichkeit verlangen wir von dem Kranken eine vollständige Passivität, ein Unterlassen jeder willkürlichen Bewegung oder Muskelspannung der betreffenden Glieder. Diese Passivität ist eine psychische Leistung, die einen gewissen Grad von Intelligenz und Aufmerksamkeit zur Voraussetzung hat. Es ist daher eine ganz bekannte Erfahrung, dass man bei Untersuchungen an blödsinnigen Personen mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, um sich eine richtige Vorstellung von dem Verhalten der passiven Beweglichkeit zu machen. Die Aufforderung, die Glieder recht locker zu lassen, keine Bewegungen zu machen etc., ruft nicht selten eine gegenteilige

Wirkung hervor: der ungeschickte Kranke spannt seine Muskeln noch mehr an, macht sich manchmal völlig steif, so dass man Mühe hat, das gestreckte Knie überhaupt in Beugestellung zu bringen.

Bei nicht tabischen Paralytikern finden wir auch ganz gewöhnlich dieses Verhalten. So wird bisweilen eine Verminderung der passiven Beweglichkeit, eine fast bis zur Kontraktur gehende Steifheit der Glieder beobachtet, die keineswegs immer auf Pyramidenstrangdegeneration beruht, sondern häufig psychogener Natur ist und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit des Kranken vollständig verschwinden kann. (Vergl. auch Zacher, Arch. f. Psych. XV. S. 390.) Anders verhält sich der tabische Paralytiker. Bei ihm findet man, auch wenn seine Demenz die Untersuchung sehr erschwert, niemals die hohen Grade von Hypertonie; man ist sogar nicht selten überrascht, nachdem man sich vorher mit der Untersuchung der Sensibilität oder anderer Symptome abgequält hat und infolge der Demenz des Patienten zu keinem sicheren Resultat gelangen konnte, wenn man nun bei der Prüfung der passiven Beweglichkeit auf keinerlei Widerstand stösst, sondern im Stand ist, ohne jeden Kraftaufwand die Glieder des Kranken in den Gelenken spielen zu lassen. Noch auffallender erscheint dieser Befund, wenn gleichzeitig eine Steigerung der Sehnenreflexe, manchmal Fuss- uud Patellarclonus zu konstatieren ist. Bei kombinierter Strangerkrankung des Rückenmarks, die ja sehr häufig eine Teilerscheinung der progressiven Paralyse ist, kommt dieses Verhalten gelegentlich zur Beobachtung. Abnorme Schlaffheit der Glieder bei deutlich gesteigerten Sehnenreflexen ist ein ziemlich sicheres Zeichen einer kombinierten Strangerkrankung des Rückenmarks, die ihrerseits sofort Verdacht auf progressive Paralyse erwecken muss. Ich habe dabei schon zweimal die bemerkenswerte und schwerverständliche Beobachtung gemacht, dass bei Kranken, welche tabische Erscheinungen und unter diesen auch Verlust der Patellarreflexe geboten hatten, allmählich einzelne tabische Symptome zu verschwinden schienen: Der Patellarreflex kehrte wieder, wurde sogar sehr lebhaft, es trat in einem Fall sogar Fussclonus auf und die abnorme Schlaffheit der Glieder nahm wieder etwas ab, ohne jedoch ganz zu verschwinden. Der weitere Verlauf und das anatomische Präparat gaben mir die Erklärung: Zur Hinterstrangserkrankung war eine Degeneration der Pyramidenbahn hinzugetreten. Ähnliche Beobachtungen sind auch von anderer Seite (Raymond, Wagner, Pick) gemacht worden. Pick hat in einer vor kurzem erschienenen

Abhandlung („Über Wiederkehr des verschwunden gewesenen Kniephänomens in alten Fällen von grauer Hinterstrangdegeneration") sich ausführlich mit dieser Frage befasst, ohne eine befriedigende Erklärung geben zu können. Die genannten Beobachtungen sind von gewissem diagnostischem Interesse; auch kommt ihnen theoretische Bedeutung zu, weil sie zeigen, dass der Verlust der Patellarreflexe bei der Tabes und tabischen Paralyse nicht immer auf einer völligen Unterbrechung oder einer endgültigen Zerstörung des Reflexbogens beruhen kann; denn wäre dem so, so könnte eine Erkrankung anderer Rückenmarksteile nicht imstande sein, den erloschenen Reflex wieder hervorzurufen. Auch nach paralytischen Anfällen sah man das früher fehlende Kniephänomen wieder auftreten. (Taylor, Goldflam u. a.) Wenn also Fürstner 1892 sagte: „Wir sind bei Lebzeiten nicht im stand, eine kombinierte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge zu diagnosticieren, wenn zuerst die Hinterstränge und erst in einem späteren Stadium die Seitenstränge betroffen werden", so können wir dem heute nicht mehr ohne Einschränkung zustimmen. In manchen Fällen mag es so sein. Gar nicht selten aber macht sich das Hinzutreten der Seitenstrangserkrankung klinisch bemerkbar in einer Abnahme der passiven Beweglichkeit der vorher schlaffen Glieder und in einzelnen auch, wie oben geschildert, in einer Wiederkehr der erloschenen Sehnenreflexe. Wäre Meynert's Auffassung richtig, dass bei kombinierter Erkrankung der Hinterstrang immer in der Sklerose voraus ist, so müsste ein solcher Befund weit häufiger zu erheben sein, als es thatsächlich der Fall zu sein scheint. Ich glaube daher, dass Fürstners gegenteilige Auffassung bezüglich des zeitlichen Auftretens der Strangdegenerationen zu recht besteht.

Die bisherigen Ausführungen haben zu zeigen versucht, dass leichte tabische Symptome beim Paralytiker sich häufig dem Nachweis entziehen, sei es infolge des abnormen psychischen Verhaltens des Kranken, sei es namentlich infolge einer ausgedehnteren Erkrankung des Rückenmarks, einer kombinierten Strangerkrankung. Auf letztere Thatsache hat übrigens schon Nageotte aufmerksam gemacht.

Die reflektorische Pupillenstarre wird von diesen Faktoren jedoch nicht beeinflusst, sie ist mit einiger Mühe auch beim blödsinnigsten und ungeschicktesten Paralytiker noch festzustellen und keine komplizierende Erkrankung anderer Teile des Zentralnervensystems vermag sie wieder zu beseitigen, wie wir dies für den Verlust des Knie-

phänomens gesehen haben. Deshalb ist sie auch das wichtigste tabische Symptom der progressiven Paralyse, wie sie wohl auch meist deren frühestes ist.

Wenn uns also die klinische Untersuchung aus den oben genannten Gründen nicht immer ein sicheres Urteil, ob im einzelnen Fall die Paralyse sich mit tabischer Erkrankung kompliziert, ermöglicht, so müssen wir unsere Zuflucht zur pathologischen Anatomie nehmen. Finden wir in allen Fällen, bei denen in vivo reflektorische Pupillenstarre bestand, also auch in solchen, die klinisch sonst keine Zeichen von Tabes boten, eine tabische Hinterstrangserkrankung, während diese in der kleineren Zahl derer, die nie Störungen der Pupillenbewegungen geboten haben, fehlt, so werden wir berechtigt sein, diese zu den tabischen Symptomen zu rechnen. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob der Reflexbogen der reflektorischen Pupillenbewegung an irgend einer Stelle das Rückenmark selbst passiert.

Ich habe im Lauf der letzten 4 Jahre mehrere hundert Paralytiker selbst untersucht, das Verhalten der Pupillen geprüft und über das Bestehen spinaler Symptome Klarheit zu gewinnen gesucht. Nur ein kleiner Teil dieser Fälle ist in der Breslauer Klinik zur Obduktion gekommen. Viele Kranke sind vorher in Provinzialirrenanstalten überführt worden, bei manchem wurde die Sektion von den Angehörigen verweigert; eine nicht kleine Zahl standen nur in poliklinischer Behandlung, konnten überhaupt nicht während des ganzen Verlaufs ihrer Krankheit im Auge behalten werden. Ich sehe daher von statistischer Mitteilung der verschiedenen klinischen Bilder ab; meine Notizen reichen nicht aus, um eine einwandsfreie Statistik zu liefern. Ich möchte nur hervorheben, dass ich Pupillenstörungen bei weit mehr als der Hälfte der Fälle fand und dass mir auch die klinische Beobachtung den Gedanken nahelegte, dass sie wesentlich bei solchen Kranken sich zeigen, die im Verlauf ihres Leidens auch andere tabische Symptome bieten. Immerhin bleiben einzelne Fälle übrig, bei denen ich in vivo ausser reflektorischer Pupillenstarre nichts von Tabes nachweisen konnte; glücklicherweise sind von diesen mehrere in der Klinik zur Obduktion und anatomischen Untersuchung gekommen. Ich habe das Rückenmark von 38 an progressiver Paralyse verstorbenen Kranken, welche in der psychiatrischen Klinik in Breslau bis zu ihrem Tod verpflegt worden waren, anatomisch untersucht. Bei mehreren stand mir nur ein Teil des Halsmarks zur Verfügung, weil

die Eröffnung des Wirbelkanals nicht hatte stattfinden können. Die Obduktion wurde fast stets wenige Stunden nach dem Tod, oft schon nach 2 Stunden vorgenommen. In allen Fällen wurde die Weigert'sche Markscheidenfärbung angewandt, meist auch das Schmaus'sche Urankarmin; in vielen Fällen, namentlich in solchen, wo die Krankheit rasch progressiv verlief (akute Paralyse, rein demente Form), wandte ich auch die Marchi'sche Methode an. Gerade diese scheint mir entgegen der noch häufig gehörten Ansicht, dass sie für chronische Prozesse nicht verwendbar sei, eine wertvolle Bereicherung unserer Untersuchungstechnik darzustellen. Sie ist auch bei chronischen progressiv verlaufenden Prozessen sehr gut anwendbar, sie giebt dann natürlich kein Bild der gesamten Degeneration, sondern nur dessen, was in den letzten Wochen zu Grunde ging. Diffuse Faserdegenerationen, wobei nirgends kompakte Bündel dem Untergang verfallen, sind mit der Weigert'schen Methode nicht immer nachweisbar, auch das Karminpräparat lässt manchmal im Stich; sie müssen natürlich bei der Marchifärbung, welche ja die zu Grund gehenden Teile hervorhebt, weit besser zur Beobachtung kommen. Dies ist thatsächlich der Fall, wie mich der Vergleich von Marchi- und Weigertpräparaten desselben Rückenmarkes mehrmals in überzeugender Weise gelehrt hat. Weigert's Gliamethode habe ich nur wenig angewandt, weil ich es für unzweckmässig halte, mit Methoden zu arbeiten, die nicht absolut sicher zu beherrschen sind. Dasselbe gilt, wenn auch in etwas anderer Weise von der Nissl'schen Zellfärbung. Durch die Berger'sche Arbeit angeregt, habe ich die Vorderhornzellen paralytischer Rückenmarke wiederholt nach der Nissl'schen Methode behandelt, habe auch ähnliche Resultate wie Berger erhalten. Aber es ist mir noch sehr zweifelhaft, ob diese Resultate irgend einen Wert haben. Jedenfalls habe ich bei anderen Rückenmarken, wo es sich weder um Tabes noch um Paralyse handelte, wo intra vitam sogar keinerlei spinale Symptome zur Beobachtung gekommen waren, ganz gleiche Befunde gesehen. Ich habe zu wenig Erfahrung in der Beurteilung von nach Nissl gefärbten Zellpräparaten, um ein Urteil über den Wert der erhaltenen Bilder riskieren zu können.

Von den 38 untersuchten Fällen fand ich nun bei 37 deutliche Veränderungen in den Fasersystemen des Rückenmarkes; sie schwanken in ihrer Intensität von leichten, eben nachweisbaren Degenerationen

bis zu ausgedehnten schon makroskopisch deutlich übersehbaren Veränderungen einzelner oder mehrerer Stränge. Nur in einem Fall bot das Rückenmark nichts abnormes; leider war bei diesem eine Untersuchung nach Marchi versäumt worden. Der Fall hatte klinisch das unzweideutige Bild der progressiven Paralyse geboten. Es handelte sich um einen 42 jährigen Heizer, der unter heftigen Erregungszuständen akut erkrankt war, paralytischen Grössenwahn zeigte, spastische Erscheinungen in wechselnder Intensität bot und schon 12 Tage nach seiner Aufnahme in die Klinik an Erschöpfung und Enteritis starb. Die Pupillen hatten keine Störungen geboten. Die Sektion hatte überhaupt nur einen geringen pathologischen Befund ergeben, der die Diagnose der progressiven Paralyse nicht ermöglicht haben würde. Hirngewicht 1395 Gramm. Chronische Leptomeningitis. Keine Ependymitis granularis. Keine Rückenmarksveränderungen. Ich vermute, dass die Marchimethode auch hier wie in anderen ähnlichen Fällen mit raschem Verlauf diffuse Faserdegenerationen gezeigt haben würde. Von diesem einen Fall abgesehen, fand ich in allen Rückenmarken von Paralytikern Strangveränderungen. 24mal waren mehrere Fasersysteme erkrankt, 9 mal beschränkte sich die Degeneration auf die Hinterstränge, 3 mal auf die Seitenstränge; in einem Fall kombinierte sich eine mässige Hinterstrangserkrankung mit multipler Sklerose. Bei den kombinierten Strangerkrankungen überwog meist, doch keineswegs immer, die Degeneration der Seitenstränge; mehrfach waren die Kleinhirnseitenstrangbahnen, die Pyramidenvorderstrangbahnen, die Gowersschen Stränge erkrankt. Ausserdem zeigten einzelne Fälle fast in allen Teilen der weissen Substanz zerstreute, aber nicht zu kompakten Bündeln vereinigte Degenerationen, die wesentlich nach Marchi gut in die Erscheinung traten.

Einzelne Präparate boten das Bild der chronischen Myelitis leichten Grades, die Degenerationen beschränkten sich nicht auf einzelne der bekannten Fasersysteme, sondern waren mehr diffusen, bisweiligen fleckigen Charakters, ohne jedoch das eigentümliche Bild der multiplen Sklerose zu bieten, die, wie schon erwähnt, nur einmal als Komplikation der Paralyse gefunden wurde. Auf das Detail der anatomischen Veränderungen soll hier nicht eingegangen werden; vielleicht dass ich an anderer Stelle genauer auf sie zu sprechen komme. Nur möchte ich hervorheben, dass die landläufige Einteilung der paralytischen Rückenmarkserkrankung in Hinterstrangserkrankung, Seitenstrangerkran-

kung und eine Kombination beider Formen unzureichend ist. In vielen Fällen sind auch andere Teile erkrankt; so habe ich z. B. mehrfach die Gowersschen Bündel stark gelichtet gefunden und einzelne Präparate zeigen, wie schon erwähnt, eine mehr diffuse Schädigung in allen Teilen der weissen Substanz. Schon Magnan hat 1871 auf diese „sclérose diffuse légère surajoutée aux lésions du tabes dans la moelle des paralytiques généraux“ aufmerksam gemacht. (Nageotte, Tabes et paralysie générale S. 16) Nageotte verdanken wir eine ausgezeichnete Schilderung der Rückenmarksveränderungen bei der Paralyse Die Veränderungen erreichen nie die hohen Grade, wie wir sie in Fällen sehr alter und schwerer Tabes oder in dem Seitenstrang Hemiplegischer finden, grössere Partieen oder gar ganze Stränge, die völlig faserfrei gewesen wären, habe ich in paralytischen Rückenmarken niemals gesehen, auch dann nicht, wenn intra vitam die spastischen Erscheinungen die höchsten Grade erreicht hatten.

Die Beobachtung anderer Autoren (Fürstner, Nageotte), dass die Degeneration in den Seitensträngen sich nicht auf das Gebiet der Pyramidenbahn beschränkt, sondern grössere Ausdehnung zeigt, dass ferner häufig eine Seite stärker ergriffen ist als die andere, kann ich durchaus bestätigen. Bisweilen erklärt sich dieser Unterschied zwischen rechts und links dadurch, dass nach solchen paralytischen Anfällen, welche nicht flüchtige, sondern dauernde hemiplegische Störungen hinterliessen, sekundäre Degenerationen in der Pyramidenbahn auftraten wie nach einer die innere Kapsel betreffenden Herderkrankung des Gehirns. Allein auch diese sekundäre Degeneration, bei der die gleichseitige Pyramidenvorderstrangbahn und die gekreuzte Pyramidenseitenstrangbahn afficiert sind, zeigt nicht den hohen Grad von Faserverlust wie das Rückenmark des Hemiplegikers in den motorischen Systemen. Wohl aber gelingt es in solchen Fällen, die Faserdegeneration vom Cortex bis ins Rückenmark hinab zu verfolgen (Starlinger, Muratoff). Und deshalb glaube ich doch, obwohl der strikte Beweis noch aussteht, dass die Seitenstrangdegeneration bei der progressiven Paralyse, soweit sie die motorischen Systeme betrifft, ihren Ursprung oder wenigstens ihre Begleiterscheinung in einer Zellerkrankung des Cortex hat, dass also das ganze kortikomotorische System einer partiellen Degeneration anheimfällt.

In neuerer Zeit ist vielfach, hauptsächlich von französischer Seite, aber auch in Deutschland von einzelnen Autoren, erst jüngst wieder

von Lüderitz die Behauptung aufgestellt worden, die Hinterstrangserkrankung bei der progressiven Paralyse unterscheide sich wesentlich von derjenigen des tabischen Rückenmarks. Marie hat für die Fälle kombinierter Strangerkrankung die Meinung ausgesprochen, dass es sich hierbei in den Hintersträngen um eine Degeneration endogenen Ursprungs handle, dass also gerade diejenigen Teile des Hinterstranges erkranken, welche bei der echten Tabes frei bleiben, also die mediane Zone von Flechsig, das Schultze'sche Feld, das ventrale Hinterstrangsfeld. Zu ähnlichen Resultaten kam auch Mayer, der zwar eine tabische Form der Hinterstrangsaffektion bei Paralytikern zugab, neben dieser jedoch auch eine Degeneration endogener Fasern im Schultze'schen Feld, im dorsomedialen Bündel und im ventralen Feld nachweisen konnte. Einen extremen, aber wie ich glaube schlecht fundierten Standpunkt nehmen Joffroy und Ballet ein, welche die Ansicht vertreten, dass sich die Hinterstrangsveränderungen der Paralyse essentiell von denen der Tabes unterscheiden. Redlich, sicherlich ein ausgezeichneter Kenner der tabischen Rückenmarkserkrankung, hält, und gewiss mit Recht, daran fest, dass die Hinterstrangserkrankung der Paralytiker echte Tabes ist, und lässt die Frage offen, ob es bei der Paralyse auch endogene Hinterstrangsdegenerationen giebt. Eine ähnliche Auffassung hatte schon Fürstner 1892 geäussert.

Die Behauptung, die Hinterstrangserkrankung der Paralyse habe mit der der Tabes nichts gemein, klingt schon a priori sehr unwahrscheinlich; man bedarf eigentlich gar nicht der anatomischen Untersuchung, um sie für unrichtig zu erklären. Die klinische Erfahrung legt dies schon nahe. Einmal sehen wir ja doch klassische Tabes, wo alle Symptome in klarer Ausprägung bestehen, nicht selten sich mit Paralyse komplizieren (Taboparalyse); ausserdem aber finden wir doch bei denjenigen Paralytikern, deren Rückenmark Hinterstrangsveränderungen aufweist, eine ganze Reihe echter Tabessymptome, von denen doch anzunehmen ist, dass sie beim Paralytiker durch dieselbe Gewebserkrankung bedingt sind wie beim Tabiker. Ich habe Rückenmarke von unkomplizierter Tabes nicht selbst untersucht; wenn ich aber meine Präparate von tabischer Paralyse mit den von Redlich beschriebenen Veränderungen bei beginnender Tabes vergleiche, so vermag ich keinen Unterschied zu finden, als den, dass bei der Paralyse die Degenerationen sich nicht auf die bei der Tabes befallenen Gebiete beschränken, sondern, wenn auch meist in etwas diffuser Weise, auch

noch andere Teile z. B. in geringem Grad das ventrale Hinterstrangsfeld befallen. Ich schliesse mich im wesentlichen der Ansicht von Nageotte an, der die paralytische Tabes auf Grund sehr genauer anatomischer Untersuchungen für „legitime“ Tabes hält.

Wenden wir uns nach diesen Ausführungen nun der Frage zu: welche Pupillensymptome zeigten sich in den 38 Fällen von progressiver Paralyse, von denen oben berichtet wurde? 20 mal bestand reflektorische Pupillenstarre oder völlige Pupillenstarre, darunter einmal gleichzeitig Blindheit durch Opticusatrophie; 4 mal war die Pupillarreaktion sehr abgeschwächt und dann in der Regel nur noch bei direkter Beleuchtung der Macula lutea mit dem Reflektor zu erzielen. 13 mal war die Pupillenreaktion erhalten, bei 2 von diesen bestand eine erhebliche Pupillendifferenz, ohne dass jedoch eine Pupille hätte mit Sicherheit als schlechter reagierend nachgewiesen werden können. In einem Fall, bei einem sehr erregten, nur kurze Zeit in der Anstalt befindlichen Paralytiker finden sich keine sicheren Angaben in der Krankengeschichte über das Verhalten der Pupillen. In allen Fällen mit isolierter Hinterstrangserkrankung bestand reflektorische oder totale Pupillenstarre, häufig gleichzeitig auch Pupillendifferenz. In keinem einzigen Fall, der intra vitam Pupillenstörungen geboten hatte, waren die Hinterstränge des Rückenmarks intakt. Speciell war in allen Fällen mit Pupillenstörungen eine Hinterstrangsdegeneration im Halsmark nachweisbar. Diejenigen Kranken, deren Medulla spinalis nur Seitenstrangsdegenerationen aufwies, die sogenannte rein spastische Form, zeigten während des ganzen Verlaufs ihres Leidens völlig normales Verhalten der Pupillen, diejenigen mit kombinierter Strangerkrankung boten ein wechselndes Verhalten. Doch liess sich auch hier feststellen, dass die Pupillenstörungen namentlich in den Fällen beobachtet wurden, wo im Halsmark deutliche Veränderungen in den Hintersträngen bestanden. Manche Kranke, in erster Linie diejenigen mit isolierter Erkrankung der Hinterstränge, hatten auch intra vitam andere deutliche Symptome von Tabes geboten, so dass der anatomische Befund den Erwartungen entsprach. In anderen Fällen aber hatte ich in vivo ausser der Pupillenstarre keine somatischen Störungen tabischer Natur nachweisen können, sondern nur geringe spastische Erscheinungen; hier handelte es sich also um die Formen, von denen Hoche sagt, dass Störungen von Seiten der Pupillen auch in Fällen auftreten, „die später in ihrer Rückenmarkserkrankung

nicht den Hinterstrangstypus zeigen.“ Dem war jedoch nicht so, sondern es bestanden regelmässig Hinterstrangsveränderungen, die nur klinisch nicht in die Erscheinung traten, weil eine komplizierende und oft an Stärke dominierende Seitenstrangaffektion das klinische Bild beherrschte. Ich glaube also nach meinen Befunden zu der Annahme berechtigt zu sein, dass nur in denjenigen Fällen von progressiver Paralyse reflektorische Pupillenstarre besteht, in denen auch die Hinterstränge des Rückenmarks an dem Degenerationsprocess teilnehmen.

Dasselbe, was von den Pupillenstörungen gilt, gilt nach meinen Erfahrungen auch von einer Reihe anderer Symptome bei der progressiven Paralyse: sie kommen nur denjenigen Fällen zu, bei denen eine tabische Erkrankung zugleich besteht: hinzu rechne ich die transitorischen Augenmuskellähmungen, die ich übrigens nur selten gesehen habe, ferner die Opticusatrophie, lancinierende Schmerzen, gesteigerte passive Beweglichkeit der Glieder, Verlust des Patellarreflexes, circumskripte Sensibilitätsstörungen, Romberg'sches Zeichen, frühzeitige Blasen- und Mastdarmstörungen. Sie alle fehlen z. B. bei der rein spastischen Form der Paralyse, bei der im Rückenmark nur die Seitenstränge sich affiziert zeigen. Dagegen sind der Paralyse als solcher eigen: die Innervationsstörungen im Facialis und Hypoglossus, die Sprachstörung, der Tremor, die spastisch-paretischen Symptome, die bei starker Ausbildung schwere Ataxie vortäuschen, ferner die paralytischen Anfälle in ihren mannigfaltigen Formen, die starken Kopfschmerzen und natürlich alle Anomalien des psychischen Verhaltens. Zu letzteren zähle ich auch die generelle Analgesie oder Hypalgesie, die Blasen- und Mastdarmincontinenz im Stadium des apathischen Blödsinns.

Fürstner hat schon vor mehreren Jahren (Archiv f. Psych. XXIV.) in einer ausgezeichneten Arbeit den Versuch gemacht, sowohl anatomisch verschiedene Formen von Rückenmarkserkrankung bei der Paralyse abzugrenzen, als auch namentlich diese anatomischen Differenzen zu gewissen klinischen Varietäten in Symptomengruppierung und Verlauf in Beziehung zu setzen. Meine eigenen klinischen Erfahrungen und die Ergebnisse meiner anatomischen Untersuchungen stimmen mit Fürstners Ausführungen in allem wesentlichen überein. Fürstner unterschied anatomisch zwei Formen von Hinterstrangserkrankung, ferner kombinierte Strangerkrankung, isolierte Erkrankung der Seitenstränge und endlich diffuse Zunahme der Stützsubstanz. Am häufig-

sten fand er die gleichzeitige Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge, in etwa 20 % isolierte Erkrankung der Hinterstränge, in etwa 12 % nur Seitenstrangsdegeneration. Die Vorderstränge erwiesen sich meist intakt, zeigten nur in wenigen Fällen kombinierter Strangerkrankung ebenfalls leichte Veränderungen, nie in solchen reiner Seitenstrangsdegeneration. Die anatomischen Veränderungen sind dort ausführlich geschildert. Die Hinterstrangserkrankung zeigt verschiedene Grade und ihr entsprechen auch verschiedene klinische Bilder. Die ascendierende Paralyse (das, was man heute wohl meist „Taboparalyse" nennt) ist diejenige Varietät, wobei zu einer ausgesprochenen Tabes paralytische Symptome hinzutreten. Diese Fälle, bei denen man post mortem eine ziemlich ausgedehnte Hinterstrangsdegeneration zu finden pflegt, zeigen nach Fürstners Angabe — und andere wie auch ich sind zu ähnlichen Resultaten gelangt — einen langsameren Verlauf, eine geringere Ausbildung der motorischen Störungen, namentlich des Tremors und der Muskelzuckungen; Sprachstörung kann ganz fehlen, sie ist meist nur wenig ausgebildet. Paralytische Anfälle sind selten. Die psychischen Störungen bestehen in der Regel in langsamer Gedächtnisabnahme, in zunehmender Apathie ohne Zeichen von Benommenheit, ohne heftigere Erregungszustände und ohne groteske Wahnbildung. Freilich kommen auch Ausnahmen vor; so habe ich zweimal bei Tabikern, die schon jahrelang krank waren, eine typische paralytische Manie auftreten sehen. Auch hypochondrische Wahnbildung mit absurdem Inhalt wird beobachtet, für deren Entstehung Nageotte u. a. Schmerzen und Parästhesien wohl mit Recht verantwortlich machen. Aber im grossen und ganzen überwiegt doch bei dieser Form die einfach progressive geistige Abnahme mit langsamem Verlauf der Krankheit auch nach Hereinbruch der paralytischen Symptome. Diese Form hat unter dem Namen der Taboparalyse wohl überall Bürgerrecht erworben. Bisweilen hat sich die Ansicht kundgegeben, sie überhaupt nicht zur progressiven Paralyse zu rechnen, sondern in ihr nur den Beweis dafür zu sehen, dass auch bei der Tabes dorsalis nicht selten cerebrale Erscheinungen auftreten.

Im Gegensatz zu dieser Form sind — wie Fürstner mit Recht hervorhebt — die somatischen Störungen bei den Fällen von Paralyse mit Seitenstrangerkrankung am stärksten ausgesprochen, so namentlich der Tremor, die Sprachstörung, die fibrillären Zuckungen, die allgemeine motorische Ungeschicklichkeit und Schwerfälligkeit. Diese Fälle pflegen

auch in der Regel einen rascheren Verlauf zu nehmen, sie führen oft in kurzer Zeit zum tiefsten geistigen und körperlichen Verfalle. Remissionen erheblicher Art sind sehr selten. Das klinische Bild der psychischen Störungen ist meist das der rein dementen Form: zunehmende Verblödung bei ruhiger oder leicht euphorischer Stimmungslage. Paralytische Anfälle sind sehr häufig. Die juvenile Paralyse scheint mir mit Vorliebe unter diesem Bilde aufzutreten. Nahe verwandt und klinisch oft kaum zu unterscheiden sind die Fälle mit kombinierter Strangerkrankung. Auch sie zeigen vorwiegend spastische Symptome und starken Tremor. Das psychische Bild ist hier schon vielgestaltiger, nicht mehr vorwiegend das der reinen progressiven Demenz. Die Mehrzahl aller Paralytiker gehört in diese Gruppe. Diejenigen Formen von tabischer Paralyse, bei der die tabischen Erscheinungen gleichzeitig mit oder erst nach den paralytischen auftreten, die also von der sogenannten Taboparalyse zu unterscheiden sind, zeigen die tabischen Symptome meist nur in geringer Entwicklung (Pupillenstörungen, Verlust der Patellarreflexe, gesteigerte passive Beweglichkeit der unteren Extremitäten) und die anatomischen Veränderungen sind hier meist auch nur gering und oft nur in einzelnen Teilen des Rückenmarks nachweisbar. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass unter dieser Form die manische Paralyse und die Spätform der Krankheit besonders häufig auftritt.

Nageotte hat in seiner Monographie über Tabes und progressive Paralyse 3 Formen klinisch unterschieden:

1. Zu ausgesprochener Tabes tritt progressive Paralyse hinzu.
2. Tabes und Paralyse beginnen gleichzeitig.
3. Ein Paralytiker zeigt im weiteren Verlauf der Krankheit auch tabische Symptome.

Er hat eine Reihe von klinischen Unterschieden aufgestellt, welche in instruktiver Weise den allmählichen nosologischen Übergang von Tabes in Paralyse veranschaulicht. Diese Reihe lautet:

Tabes.

Tabes mit leichten, an Paralyse erinnernden psychischen Störungen.

Tabes mit Zeichen beginnender Paralyse (anfallsweise Congestivzustände).

Tabes mit abortiver Paralyse.

Tabes mit vollständig ausgebildeter Paralyse verschiedenen Charakters.
Paralyse, schon im Beginn der Tabes auftretend.
Paralyse durch Vorläufersymptome der Tabes eingeleitet.
Paralyse und Tabes beginnen gleichzeitig.
Paralyse, zu der später Tabes tritt.
Paralyse mit nur vereinzelten tabischen Symptomen.
Paralyse.

Für alle diese Formen hat Nageotte Krankengeschichten als Belege veröffentlicht, welche in ihrer Gesamtheit die Wesensgleichheit der beiden Krankheiten zu demonstrieren bestimmt sind.

Es ist meines Erachtens ganz zweifellos, dass die verschiedenen Erkrankungsformen des Rückenmarks bei der progressiven Paralyse nicht blos differente somatische Störungen spinaler Entstehung bedingen, sondern dass das ganze Krankheitsbild nach Symptomengruppierung und Verlauf, nach seinem Gesamtcharakter bei den verschiedenen Formen spinaler Erkrankung ein differentes ist. Man scheint an verschiedenen Orten gleich wie hier in Breslau, die Erfahrung gemacht zu haben, dass die einfach progressive Demenz die häufigste Form der Paralyse ist oder allmählich geworden ist, dass die Krankheit namentlich bei Frauen und Kindern am häufigsten unter dieser Form auftritt. Bei ihr finden wir meist die kombinierte Srangerkrankung oder die diffuse Degeneration in allen Teilen des Rückenmarks, manchmal auch die reine Seitenstrangdegeneration. Die anatomischen Veränderungen erscheinen oft gering im Verhältnis zur Schwere der körperlichen Störungen und wir werden Zacher bis zu einem gewissen Grad zustimmen können, wenn er für die hochgradigen motorischen Störungen, die bis zur Bewegungsunfähigkeit führen können, nicht die Seitenstrangserkrankung allein, sondern auch pathologische Prozesse der Hirnrinde verantwortlich macht. Immerhin habe ich bei starker Ausprägung spastischer Symptome niemals einen rein negativen Befund am Rückenmark wie Zacher gehabt. Ich möchte glauben, dass es in dem Zacher'schen Fall sich nicht um ein ganz normales Rückenmark handelte, sondern dass doch, wie übrigens Zacher selbst nicht ganz von der Hand weist, eine diffuse Abnahme der Markfasern vorlag. Zacher spricht von einer mässigen Verdickung der Gefässe und einer allgemeinen Verbreiterung des Zwischengewebes. Ich weiss nicht, nach welcher

Methode seine Präparate gefärbt wurden, vermute aber, dass bei Untersuchung nach Marchis Methode, die damals noch nicht existierte, Faserdegenerationen an verschiedenen Stellen hätten nachgewiesen werden können. Weigerts Markscheidenfärbung ist zum Nachweis diffus zerstreuter Faserdegenerationen nicht ausreichend.

Das sogenannte klassische Bild der Paralyse, die paralytische Manie zeigt nach meinen Erfahrungen jedenfalls nur sehr selten den spastisch-paretischen Symptomenkomplex. Körperliche Störungen treten hier überhaupt mehr zurück, man ist häufig genötigt, durch Analyse der psychischen Störungen die Diagnose der Paralyse zu gewinnen. Manchmal finden sich schon frühe einzelne tabische Symptome, namentlich reflektorische Pupillenstarre, Verlust der Patellarreflexe und Steigerung der passiven Beweglichkeit der Glieder. Ataxie kann meist nicht nachgewiesen werden, auch Romberg'sches Phänomen fehlt bisweilen. Paralytische Anfälle sind seltener als bei der rein dementen Form, scheinen vorzugsweise als einfache Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, weniger als epileptiforme Attaken aufzutreten. Auch im weiteren Verlauf, während dessen der manische Symptomenkomplex zurücktreten oder ganz verschwinden kann, um einer absurden hypochondrischen Wahnbildung oder einfach apathischem Blödsinn Platz zu machen, pflegen die spinalen Symptome sich in mässigen Grenzen zu halten. Die motorischen Störungen cerebraler und bulbärer Genese, namentlich die Sprachstörung erreichen, wenn überhaupt, so doch erst im agonalen Stadium der Krankheit jene höchsten Grade, welche den Eindruck der Vertierung und völliger Hülflosigkeit erwecken. Der Verlauf dieser Formen ist ein sehr verschiedener, schwankt zwischen wenigen Tagen und mehreren Jahren. Die sogenannte akute Paralyse scheint meist hierher zu gehören. Remissionen sind häufiger als bei der rein dementen spastisch-paretischen Form, die tabischen Symptome erfahren dabei keine Rückbildung, sondern sind ein wertvolles Warnungszeichen, welches uns verbietet, selbst bei fast ad integrum restituierter Psyche des Kranken eine gute Prognose zu stellen. Diese praktisch wichtige und bewährte Erfahrung können die vereinzelt berichteten Fälle von angeblich völliger Heilung, bei der auch die tabischen Symptome wieder verschwunden sein sollen (z. B. Fall von Schäfer), in ihrem Werte nicht erschüttern. In dieser Fähigkeit einer weitgehenden, manchmal an Heilung grenzenden Remission unterscheidet sich überhaupt der cerebrale Prozess der Paralyse gewissermassen

prinzipiell von der Tabes, bei der wir nur manchmal Stillstand und leichte Besserung und diese meist nur durch bessere Übung und Verwertung intakter Fasersysteme eintreten sehen. Der anatomische Prozess der paralytischen Hirnerkrankung kann nicht immer nur ein einfacher Parenchymschwund sein, wie wir dies für die Tabes anzunehmen berechtigt sind. Es müssen lange Zeit hindurch in manchen Fällen von Paralyse Gewebsveränderungen bestehen, die einer Heilung zugänglich sind. Welcher Art diese sind, wissen wir nicht und wir scheinen auch noch weit davon entfernt zu sein, es zu erfahren. Denn noch heute gilt bezüglich der materiellen Grundlagen der paralytischen Psychose das Wort Westphals aus dem Jahr 1868, dass wir vorläufig noch keine irgendwie begründete Vorstellung von den Vorgängen haben, durch welche die psychischen Symptome der Paralyse bedingt werden. Wir wissen nur, dass Zellen und Fasern schliesslich dabei zu Grunde gehen und dass die Glia in manchen Fällen eine Zunahme erfährt.

Zum Schluss noch einige Bemerkungen über die Ätiologie der beiden Krankheiten. Ihr häufiges Zusammentreffen legt an sich schon den Gedanken einer gemeinsamen Ursache nahe. Und in der That hat ja die fortschreitende Forschung eine solche gefunden: die Vergiftung des Organismus durch vorangegangene Lues. Wenn auch die Gegner dieser Lehre immer noch nicht ganz verschwunden sind und gelegentlich Statistiken veröffentlicht werden, denen man die Mangelhaftigkeit sozusagen von der Stirne ablesen kann, so scheint doch die Erbsche Auffassung immer mehr an Boden zu gewinnen. Und gewiss mit Recht. Je sorgfältiger wir die Anamnese aufnehmen und je genauer wir auf Zeichen überstandener Lues bei Tabikern und Paralytikern fahnden, um so häufiger finden wir sie. Ich möchte hier namentlich an die wertvolle Arbeit von Hirschl erinnern. Sie spricht, wie ich glaube, eine überzeugende Sprache. Das Wichtigste darin scheint mir die Mitteilung zu sein, dass Lang in Wien, gewiss ein Sachverständiger auf dem Gebiete der Syphilislehre, in 36,5 % tertiärer Lues die Lues anamnestisch nicht nachweisen konnte. Angesichts dieser wertvollen Erfahrung könnte man sich wirklich darüber beruhigen, dass bei Tabes und Paralyse die Nachforschung nach vorangegangener Lues in 10—30 % — so sind ja meist die Zahlen mit negativem Resultat — ergebnislos bleibt. Man gewöhne sich nur endlich einmal ab, mit sorgloser Miene nach einigen

anamnestischen Fragen und einer Untersuchung des Körpers zu schreiben: „Lues mit Sicherheit auszuschliessen“ und ähnliches.

Es ist heute noch üblich, als Ursachen der beiden Leiden ein ganzes Heer von heterogenen Schädlichkeiten aufzuführen. Die Lehrbücher nennen uns als solche: Erblichkeit, Erkältung, Überanstrengung, namentlich Trauma, vorangegangene Infektionskrankheiten, Kummer, Sorgen, Lues, Alkohol, andere Gifte. Mit einer Parallelsetzung und Gleichwertung all dieser Faktoren in der Ätiologie begeht man meines Erachtens eine wissenschaftliche Nachlässigkeit. Wir haben bei der Dürftigkeit unserer ätiologischen Kenntnisse in der Lehre von den Nerven- und Geisteskrankheiten alle Veranlassung, uns nicht mit einem bequemen Aufzählen alles dessen zu begnügen, was gelegentlich in der Vorgeschichte unserer Kranken an Schädlichkeiten sich ereignet hat. Es mutet sonderbar an, wenn z. B. für die Entstehung der Tabes oder Paralyse ein jahre- oder jahrzehnte weit zurückliegendes Trauma verantwortlich gemacht wird. Vage Theorien, wie die Behauptung einer Produktion von Toxinen nach einer Kopf- oder Rückenverletzung, welche unausrottbar weiterwirkend den Nervenparenchymschwund erzeugen, sind nicht geeignet, die ganze Lehre glaubwürdiger zu machen.

Paralyse und Tabes sind fortschreitende Erkrankungen des Nervengewebes, welche bisher durch nichts zum Stillstand oder zur Heilung gebracht werden können. Allgemeine therapeutische Massnahmen können, weil sie den ganzen Körper kräftigen, den Verlauf milder gestalten. Vorangegangene Lues lässt sich bei ihnen so häufig wie bei tertiärer Lues nachweisen; ein Nachweis in allen Fällen ist nicht möglich, wie es übrigens überhaupt keine Krankheit giebt, bei der wir in allen Fällen den ursächlichen Faktor feststellen können. Quecksilber und Jodkali helfen bei Tabes und Paralyse in der Regel nichts, ein Hauptargument der Gegner. Man vergisst dabei nur, dass Hg und Jodkali die syphilitische Dyskrasie meist auch sonst nicht heilen, sondern nur einzelne Gewebsbildungen verändern bezw. verschwinden lassen. Eine Regeneration von Nervenparenchym im centralen Nervensystem giebt es nun überhaupt nicht, also kann man auch von Hg und Jodkali keine Heilung erwarten, sondern könnte nur einen Stillstand hoffen, der aber, wie gesagt, ein Verschwinden der syphilitischen Dyskrasie zur Voraussetzung hat. Diese ist aber

überhaupt gegen medikamentöse Einwirkung sehr refraktär. Mit der Heilung eines Gumma ist die Syphilis noch nicht geheilt, das zeigen uns ja die häufigen Aborte von Frauen syphilitischer Kranker, die schon jahrelang kein Zeichen von Syphilis geboten hatten und durch Hg oder Jodkali jedesmal von ihrer Syphilis „geheilt" worden waren.

Nicht alle Syphilitischen werden Tabiker oder Paralytiker. Auch nicht jeder Typhuskranke bekommt eine Neuritis und mancher arbeitet sein Leben lang sorglos mit Blei, ohne an einer Radialislähmung oder an cerebralen Vergiftungserscheinungen zu erkranken. Damit also die syphilitische Dyskrasie ihre deletäre Wirkung äussern kann, muss sie einen wenig widerstandsfähigen Gegner im Nervensystem finden. Diese Wehrlosigkeit mag nun verschiedene Entstehungsbedingungen haben: Bei einem ist eben das Nervensystem oder ein Teil desselben von Haus aus ein schwaches Organ; das sind dann die Fälle, bei denen man von der Wichtigkeit hereditärer Belastung spricht. Beim anderen ist es erst schwach geworden, sei es, weil man ihm zu viel zugemutet hat (Sorge, Kummer, schwere andere Affekte, geistige und körperliche Überanstrengung) sei es, weil akute Schädlichkeiten (Trauma mit sogenannten „molekulären" Veränderungen im Gefolge, Erkältungen mit vorübergehend veränderten Cirkulationsverhältnissen) dem Gift einen Angriffspunkt schaffen. Begreiflich ist auch, dass auch andere Gifte wie Alkohol, Blei in manchen Fällen den Helfershelfer spielen. Daher die vielen Behauptungen von der ätiologischen Bedeutung anderer Gifte. Warum nun in einem Fall der Parenchymschwund mehr im Cortex, ein andermal mehr in einzelnen Fasersystemen des Rückenmarks einsetzt, warum also gerade diese Teile schwächer sind als andere, ist natürlich nicht immer leicht zu beurteilen. Ein Moment scheint mir bedeutungsvoll zu sein: die Fähigkeit zu den höchsten geistigen Leistungen und der erst später erworbene geistige Besitz scheinen überhaupt leichter verloren zu gehen, als einfachere Processe, die dem Automatismus näher stehen. Ihr materielles Substrat geht daher auch bei der Paralyse zuerst zu Grund, aber nicht nur bei der Paralyse, auch bei anderen chronischen Degenerationsvorgängen im Gehirn (Senium, alkoholische Verblödung, Arteriosklerose). Hier ist der Degenerationsprocess in seiner Lokalisation begreiflich, er ergreift die hinfälligsten Teile des Cortex zuerst. Schwieriger ist die Beurteilung, warum im Rückenmark vorwiegend die sensiblen Bahnen leiden. Ob hier eine funktionelle Überanstrengung bei ungenügendem

Ersatz (Edinger), eine angeborene grössere Vulnerabilität oder noch andere Faktoren von entscheidender Bedeutung sind, entzieht sich zur Zeit noch der Beantwortung. Es ist a priori sehr einleuchtend, dass eine übermässige Anstrengung bei ungenügender Ernährung zur Degeneration führt. Es handelt sich also nur um den Nachweis, dass wirklich in den einzelnen Fällen, eine Überanstrengung der betroffenen Gebiete statt hatte. Dass sie für die Frage, ob Tabes oder Paralyse entsteht, von Bedeutung sein mag, das illustriert das hübsche Beispiel von Raymond, von dem uns Nageotte berichtet: 2 neuropathische Brüder acquirieren Syphilis; der eine, ein grosser Geschäftsmann, ist Kopfarbeiter, er wird mit 46 Jahren Paralytiker. Der andere, Officier, mutet seinem Rückenmark „de toutes façons" zu viel zu und erkrankt mit 41 Jahren an Tabes.

So sehen wir also Tabes und progressive Paralyse klinisch häufig Hand in Hand gehen und ätiologisch aus derselben Quelle, einem durch Lues vergifteten Körper, entstehen. Und dadurch gewinnt eine moderne Auffassung, die in Frankreich namentlich von Raymond, in Deutschland von Möbius vertreten wird, eine gewisse Berechtigung: sie lehren beide Krankheiten als eine zu betrachten, als den metasyphilitischen Nervenschwund. Möbius nannte die Paralyse die „Tabes des Gehirns". In einem Punkt unterscheiden sie sich jedoch nicht unerheblich, nämlich in ihrem Verlauf. Die Tabes verläuft fast stets langsam progressiv, macht oft längere Zeit Halt, um schliesslich wieder weiter fortzuschreiten. Besserung im anatomischen Sinn nehmen wir nicht an. Was häufig als solche erscheint, ist entweder eine schöne Täuschung oder eine bessere Verwertung der gesunden Rückenmarksteile, die der Kranke durch Übung erzielt. Das Wesen der Krankheit ist also ein langsam progressiver Parenchymschwund. Die Paralyse bietet uns häufig andere Bilder: Akuter stürmischer Verlauf, auch noch im vorgeschrittenem Stadium bei scheinbar irreparabler Verblödung weitgehende, an Heilung grenzende Remissionen, Anfälle allgemeiner Gehirnschädigung mit Neigung zur Restitution, kurz ein Symptomenbild, als dessen Grundlage eine kompliziertere, nicht einfach progressiv degenerative Parenchymerkrankung angenommen werden muss. Und so halte ich es vor der Hand doch noch für richtiger, beide Krankheiten auseinanderzuhalten. Und es scheint mir auch gegenüber dem komplizierten Bild, der Taboparalyse und der tabischen Paralyse sich wohl zu verlohnen,

darüber Klarheit gewinnen zu wollen, welche Symptome der Tabes und welche der Paralyse zuzurechnen seien.

Meinem verehrtem Chef, Herrn Professor Wernicke, sage ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des klinischen und anatomischen Materials meinen verbindlichen Dank.

Litteratur.

Der grösste Teil der einschlägigen Litteratur findet sich in den beiden folgenden Monographien zusammengestellt:

J. Nageotte: Tabes et paralysie générale. Paris 1893.

E. Redlich: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankung. Jena 1897.

Ferner seien hervorgehoben:

1. Die vorwiegend statistischen Arbeiten von Möli (Archiv f. Psych. VIII, XIII, XVIII), Uhthoff (Berlin. klin. Wochenschr. 1886), Thomsen (Char. Annal. XII), Siemerling (Char. Annal. XIII; Berl. klin. Wochenschr. 1896), Westphal (Char. Annal. XVIII), Gudden (Arch. f. Psych. XXVI), Wollenberg (Arch. f. Psych. XXVI).
2. Fürstner: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. XXIV.
3. Zacher: Beiträge zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. XIII, XIV, XV.
4. Mayer: Zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkshinterstränge. Jahrb. f. Psych. XIII.
5. Marie: Étude comparative des lésions medullaires dans la paralysie générale et dans le tabes. Gaz. des Hôp. 1894 No. 7.
6. Muratoff: Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Monatsschr. f. Psych. III, 40.
7. Starlinger: Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wochenschr. 1895.
8. Frenkel: Über Muskelschlaffheit (Hypotonie) bei Tabes dorsalis. Neur. Centralblatt 1896.
9. Lüderitz: Vortrag über die Veränderungen in den Hintersträngen bei 16 Fällen von progressiver Paralyse. Ref. in Monatsschr. f. Psych. IV 97.
10. Berger: Zelldegenerationen im Vorderhorn des Rückenmarks namentlich bei Dementia paralytica. Monatsschr. f. Psych. I.

11. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. Berlin 1898.
12. Schäfer: Ein genesener Paralytiker. Allg. Zeitschr. f. Psych. LIII. 786.

Ausserdem seien hier noch genannt:

13. Möbius: Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten.
14. Hoche: Frühdiagnose der progressiven Paralyse. 1896.
15. Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894.
16. Hirschl: Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Wien 1896.
17. Wachsmuth: Paralysenähnliche Intoxikationspsychosen. 1897.
18. Raymond: Étiologie du tabes dors. Progrès méd. 1892.
19. Thomsen: Über paralytische Frühsymptome. Allg. Zeitschr. f. Psych. LII. 889.

Schletter'sche Buchhandlung, Breslau.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1. **Heilbronner,** Dr. med. **Aphasie und Geisteskrankheit.**

Heft 2. **Bonhoeffer,** Dr. med. **Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen.**

Heft 3/4. **Heilbronner,** Dr. med. **Über Asymbolie.**

Heft 5. **Sachs,** Dr. med., Privatdocent. **Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.**

Heft 6. **Bonhoeffer,** Dr. med., Privatdocent. **Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten.**

Heft 7/8. **Liepmann,** Dr. phil. et med. **Ein Fall von reiner Sprachtaubheit.**

Heft 9. **Gaupp,** Dr. med. **Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.**

Die Abhandlungen erscheinen in zwanglosen Heften von ungefähr 2 Bogen Umfang oder entsprechend stärkeren Doppelheften und bilden je 15 eine Serie. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt M. 1,00, der Subskriptionspreis für eine Serie M. 11,25.

Schuftan, Adolf, Dr. med. **Botanik für Mediciner.**

Weigert, Karl, Dr. Geheimrat Prof. **Beiträge zur Lehre von den Pocken.** I. Teil M. 4,00; II. Teil M. 1,80.

Wernicke, Karl, Prof. Dr. und Medizinalrat. **Atlas des Gehirns.** Schnitte durch das menschliche Gehirn in photographischen Originalen. Herausgegeben mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften in Berlin. Abt. I. 32 Frontalschnitte durch eine Gehirnhemisphäre. M. 75,00.

— — **Krankheiten der inneren Kapsel.** Ein Beitrag zur Diagnose der Herderkrankungen. M. 1,25.

— — **Der aphasische Symptomencomplex.** Eine psychol. Studie auf anatom. Basis. M. 2,00

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

No. VIII

Einzelpreis Mk. 2,50. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 10/11.

Krankenvorstellungen

aus der

Psychiatrischen Klinik

in Breslau

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Krankenvorstellungen

aus der

Psychiatrischen Klinik

in Breslau

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Psychiatrische Klinik in Breslau.

Wintersemester 1898/99.

Die Auswahl der nachfolgenden Fälle geschah lediglich nach dem Lehrzweck, welcher zunächst die Einführung in die Symptomatologie der Geisteskrankheiten zum Gegenstande haben muss, dann aber die Bekanntschaft mit gewissen, häufiger vorkommenden Typen vermitteln soll. Das Augenblicksbild, welches die Kranken während der Demonstration darboten, wurde möglichst bald nach der Vorstellung nach den Daten, welche stenographische Aufzeichnungen und die noch frischen Erinnerungen boten, von mir und meinen Assistenten in gemeinschaftlicher Arbeit festgestellt.

Wo es sich im Laufe des Semesters wesentlich geändert hat, ist dies nachträglich bemerkt.

Dass es sich keineswegs immer um reine Fälle handelt, findet sich in den Besprechungen hervorgehoben. Selbst ein grosses Material versagt in dieser Beziehung, wenn es sich um die kurze Spanne eines Semesters handelt.

1. Frau H. . . . . , Wittwe, 73 Jahre.

Klinische Vorstellung am 29. X. 1898.

Patientin sieht nicht ihren Jahren entsprechend gealtert aus. Die folgenden Äusserungen sind teils korrekte Antworten der Pat. auf Fragen, teils spontane Unterbrechungen des Vortrages, angeknüpft an richtig aufgefasste Worte des Professors. Alles wird zornig und im Ton der Entrüstung gesprochen, der zeitweilig in Jammern und Weinen übergeht: „Mein Verstand ist von Kindheit an scharf, nur Sie haben mich in Körperschwäche hineingebracht. Ich lüge nicht. Ich bin eine anständige, rechtschaffene Frau, bringen Sie nur nicht wieder Lug und Trug vor. Der mich hereingebracht hat, der mit dem dicken Frauenzimmer am Fenster gesessen hat, hat es zu verantworten. Ich bleibe bei meinem richtigen Tempo, ich habe meinen Verstand nicht durch Spirituosen verdorben. Ich muss mich von der Schwester, die keine Schwester ist, sondern ein gewisser Robert oder Emil, »Hundelerge« nennen lassen. Ich muss hier unter Banditen leben, dieselben, die auch meinen Mann ermordet haben, ich muss als achtbare Frau unter lauter Männern liegen, und mich ihnen preisgeben. Baden muss ich mich auch von Männern lassen. Das ist hier kein Krankenhaus, sondern ein Asyl für Obdachlose, Verwahrloste und solche, die sich draussen nicht sehen lassen können."

Als der Prof. etwas von falschen Vorstellungen sagt, fällt sie ihm ins Wort: „Wenn Sie von falschen Vorstellungen reden, dann muss ich Sie unterbrechen. — Ach Gott, ach Gott, thun Sie doch man nicht so, Sie wissen schon, so'n Kerl, wie der Herzberg, der sich als Jüdin ausgiebt, der sagt: sie darf nichts fressen, soll nichts fressen. Ich werde hier zu Grunde gerichtet, dann heisst's: „sie kommt nicht heraus." — Der 18jähr. Kerl hier rechts neben mir hat mir den Rücken ruiniert mit der Magnetnadel. Die ganze Nacht geht das so: „Die verfluchte Hure", „ein Geldspinde erbrochen", „Fehlgeburt", man wirft mir Dinge

vor's Bett, die nach Kot riechen. — Sind nicht die deutschen Frauen das Hauptsymbol im ganzen Reich? Mir als rechtschaffene Frau soll das passieren!" Ihre frühere Behauptung, sexuell gemissbraucht worden zu sein, wird heftig in Abrede gestellt: „Sie wollen mich bloss fangen, aber Ihre Netze fangen nicht."

„Das Essen ist schlecht, da ist allerhand hineingemanscht, dann heisst's: „wir haben schon alles mögliche mit dem Aas angestellt, die wird nicht verrückt." (Weint). — Das Augenlicht ist bald weg, geblendet hat man mich hier auch. (Pat. hat doppelseitige Cataracta incipiens.) Wärter vergiessen Wasser zwischen den Betten. Den nächsten Tag heisst es: „Sie könnte doch auch auf das Kloset gehen!"

Dem Prof. wütend ins Wort fallend: „Sprechen Sie nicht von Krankheit, hier ist kein Krankenhaus und keine Ärzte!" Auf die Frage des Prof., wer er denn sei: „Das wissen Sie ja allein, Sie sind ein Mensch, was soll ich Ihnen denn sagen, was Sie für einen Charakter haben. Sie sind kein Arzt, Sie belügen nur Ihre Hörer, Sie glauben all die infamen Lügen, die die Wärter da einschreiben."

Auf die Frage, was die Hörer seien, spricht sie etwas davon, dass die ihr Examen machen wollen, belächelt aber die Mitteilung, das seien Studenten: dann sei sie auch Student.

Pat. sitzt während des grössten Teils des Examens geordnet auf dem Stuhl. Als die Rede auf sexuelle Attentate kommt, wird sie unwillig, springt auf und kann nur mit Mühe im Auditorium gehalten werden.

Besprechung: Pat. ist im Juli 1897 akut erkrankt aufgenommen. Vorübergehende Besserung nach einem halben Jahre mit halber Krankheitseinsicht, dann wieder Verschlimmerung und chronisch aufsteigender Verlauf. Die Desorientierung ist für die Dauer der Krankheit ($1^1/_2$ Jahre) ungewöhnlich weit vorgeschritten. Der Kopf der Pat. ist mit einer Reihe falscher Vorstellungen erfüllt: der Inhalt des Bewusstseins ist gefälscht, dabei ist die Fähigkeit mit dem Inhalt zu operieren — die Denkfähigkeit — gut im stande.

Es liegen folgende Elementarsymptome vor:

1. Äussere Desorientiertheit. Sie verkennt Personen und Situationen. Hält z. B. die Wärterinnen und die Mehrzahl der Kranken in ihrem Saale für Männer.
2. Körperliche Desorientiertheit: abnorme Sensationen, verkehrte

Auffassung derselben. Die persönliche Orientiertheit ist vorhanden, das ist ungewöhnlich. Vor der äusseren Desorientiertheit pflegt die Orientiertheit über die eigene Persönlichkeit verloren zu gehen, also etwa Grössenwahn einzutreten. Wenn Pat. ihren Verstand rühmt, so ist das nicht als Grössenwahn, sondern als Verteidigung gegen die Annahme, sie sei geisteskrank, aufzufassen.

3. Beziehungswahn. Gleichgültige Dinge bezieht sie als beabsichtigt auf sich, glaubt z. B. man beschmutze das Bett, um sie nachher zu bezichtigen.
4. Gehörshallucinationen und zwar vorwiegend „Stimmen".
5. Geschmacks- und Geruchshallucinationen.
6. Hallucinationen des Gemeingefühls: Pat. behauptete früher, Gegenstand sexueller Attentate gewesen zu sein. Das stellt sie jetzt infolge eines später zu besprechenden Elementarsymptomes (Erinnerungsfälschung) in Abrede.

Im Sinne der Laien wäre das ein chronischer Verfolgungswahn; die Verfolgungsideen haben aber keine besondere Bedeutung, sondern erklären sich aus den Elementarsymptomen und der Situation, in welcher sich die Kranke befindet.

Diagnose: Chronische ascendierende Allo-Somatopsychose. (Paranoischer Zustand.) Prognose ungünstig.

---

2. Else B . . . . , 20 Jahre.

Klinische Vorstellung am 29. X. 1898.

Pat. ist ein schlecht genährtes, blasses Mädchen mit verzerrten Gesichtszügen. Ihr rechtes Auge wird von einem Druckverband verdeckt. Unter lebhaftem Sträuben wird sie in den Hörsaal hereingebracht, bis zu einem neben Prof. W. stehenden Lehnstuhle mehr getragen als geführt und in diesen hineingesetzt. Zwei Wärterinnen werden in ihrer Nähe postiert. Von nun ab bleibt Pat. ruhig, mit vornübergebeugtem Oberkörper, das Gesicht gesenkt und von Prof. W. abgewendet, in einer Haltung sitzen, die sie nur ganz vorübergehend aufgiebt, als ob ihr daran gelegen wäre, das Gesicht vor dem Auditorium zu verbergen.

Als Prof. W. einige Fragen an sie richtet, wie „kennen Sie mich", „kennen Sie die Herren hier", hebt sie den Kopf etwas, wendet ihm das Gesicht zu und richtet die Augen auf ihn, jedoch nur um sogleich

in ihre alte Haltung zurückzukehren. Die öftere Wiederholung dieser Fragen bewirkt nur, dass sie das Gesicht noch tiefer senkt, mit dem Kopfe schüttelt und unverständlich wimmernde Laute von sich giebt. Endlich werden bei noch eindringlicherem Fragen die mit weinerlicher Stimme gesprochenen Worte verständlich:

„Will weg von hier", -- „will rausgehen".

Als Pat. aufgefordert wird, Prof. W. die Hand zu geben, blickt sie ihn zuerst nur an. Erst nach mehrmaliger Wiederholung dieser Aufforderung sieht man einige kaum merkliche Bewegungen ihrer rechten Hand, die schliesslich zögernd und ungeschickt gereicht wird. Während der folgenden Versuche überlässt Pat., ohne auch nur den geringsten Versuch die Hand zurückzuziehen, diese dem Prof.

Auf die mehrfache Aufforderung, „zeigen Sie die Zunge", verzerrt Pat. wohl die Lippen, wie wenn sie es versuchen wollte, behält aber schliesslich die Zunge im Munde.

Als man versucht, ihren Kopf in die Höhe zu heben, krümmt sie sich noch mehr zusammen, verzerrt die Gesichtszüge und stösst wimmernde Laute aus, gebraucht aber nicht, wie jeder Mensch sonst in gleicher Lage thun würde, die Hände zur Abwehr, sondern überlässt ihre Rechte weiter dem Prof., während die Linke unthätig in ihrem Schosse ruht. Dabei wird ihre rechte Hand nicht etwa von Prof. W. festgehalten, sondern aktiv von der Pat. gegen seine flache Hand gestemmt und etwa in Schulterhöhe suspendiert gehalten. Diese Stellung der Hand verändert Pat. erst nach wiederholter Aufforderung und nach mehrfachen vergeblichen Versuchen.

Als ihr gesagt wird, sie solle aufstehen, bleibt sie zunächst ruhig sitzen, und lässt nach öfterer Wiederholung dieser Aufforderung wieder ihre unverständlichen, wimmernden Laute hören. Auf die Frage „wollen Sie heraus" antwortet sie zögernd „ja", und als ihr hierauf gesagt wird „nun, da müssen Sie doch aufstehen", erhebt sie sich mit höchst ungeschickter drehender Bewegung des Rumpfes, nach mehrfachen vergeblichen Ansätzen dazu, und bleibt wie Hilfe suchend, die Wärterin anblickend stehen. Da sie nachher die Aufforderung, an ihren alten Platz zurückzukommen, unbefolgt lässt, ja sogar dem Ausgange zudrängt, wird sie von dem Assistenzarzte festgehalten. Hierbei leistet sie einen nicht unerheblichen, aber infolge seiner Unzweckmässigkeit erfolglosen Widerstand, drängt mit dem Rumpfe in falscher Richtung, bringt die Beine in unzweckmässige Stellungen und dergl. mehr.

Als ihr darauf gesagt wird, „nun können Sie gehen", begiebt sich Pat. zögernd nach dem Bette, das an der Wand, auf dem Wege zur Thüre aufgestellt ist, wendet sich zur Thüre, thut ein paar Schritte in dieser Richtung, kehrt um, wendet sich wieder zur Thüre, bleibt vor derselben stehen, und blickt wie hilfesuchend die Wärterin an. Schliesslich muss sie von dieser hinausgeführt werden, wobei wieder ihre unbehilflichen Drehungen des Rumpfes auffallen.

Besprechung: Pat. ist am 27. IX. 1898 in die psychiatrische Klinik aufgenommen worden, nachdem sie vorher mehrere Wochen in der chirurgischen Klinik behandelt worden war. Hier war sie infolge eines komplizierten Bruches des linken Oberarmes und Kontusion einer Hüfte aufgenommen worden, Verletzungen, die sie sich durch einen Sprung aus dem Fenster zugezogen hatte. Beim Mangel an anamnestischen Daten lässt sich nur erschliessen, dass Pat. kurz vorher ganz akut erkrankt war. Der Sprung aus dem Fenster ist wahrscheinlich als eine Handlung der Ratlosigkeit aufzufassen. Aus der chirurgischen wurde sie in die psychiatrische Klinik verlegt, weil sie laut Attest sich selbst und anderen gefährlich wurde. In der That hatte sie versucht, sich mit ihren Händen die Augen aus den Höhlen zu drücken, und es war ihr gelungen, das rechte Auge vollständig zu luxieren, während das linke nur wenig und äusserlich beschädigt wurde. Dem entsprechend ist das nunmehr reponierte rechte Auge fast vollständig blind und zeigt nur Spuren quantitativer Lichtempfindung. Der Bruch ist in befriedigender Weise geheilt. Die Beschädigung der Augen ist ebenfalls als ein Akt der Ratlosigkeit, und zwar der körperlichen oder somatopsychischen aufzufassen, und daraus zu erschliessen, dass Pat. wenigstens zeitweise in somatopsychischer Beziehung desorientiert war.

Das Hauptsymptom, welches sich aus der Vorstellung ergiebt, ist das parakinetische Verhalten der Kranken. Dieses ist auf der Krankenabteilung an ihr ebenfalls sehr auffällig: auch dort sträubt sie sich gegen alle Manipulationen, die zu ihrer Pflege und Wartung erforderlich sind, und immer in unzweckmässiger Weise. Ihre Unsauberkeit und Nahrungsverweigerung ist wahrscheinlich ein Ausfluss dieses parakinetischen Verhaltens.

So nahe die Vermutung liegt, dass Pat. die Situation verkennt, so liegen doch gelegentliche Äusserungen von ihr vor, wonach sie auf allopsychischem Gebiete nicht desorientiert zu sein scheint.

Abgesehen von dem parakinetischen Verhalten ist Pat. auch akinetisch, indem sie sich spontan gar nicht besorgt (initiative Akinese) und schon längere Zeit fast gar nicht spricht; es gelingt nur selten und auf Drängen sie zu vereinzelten Äusserungen zu bewegen. („Initiativer Mulacismus".)

Aus derartigen Äusserungen im Anfange ihres Aufenthalts in der Klinik ist zu entnehmen, dass Pat. auch auf autopsychischem Gebiete desorientiert ist; („sie sei schlecht," „hat ihre Eltern gemordet,") und dass sie wahrscheinlich auch bedrohende Stimmen hörte („der Wärwolf kommt," „der Kopf soll ihr abgehackt werden"). Der Inhalt dieser Stimmen entspricht den gewöhnlichen allopsychischen Angstvorstellungen. Es ist vorauszusetzen, dass die Gemütslage der Kranken die der Ratlosigkeit ist, welche sich sowohl auf das motorische Gebiet, als auch auf das autopsychische, somatopsychische und allopsychische erstreckt.

Die Schwierigkeit der Behandlung derartiger Fälle wird hervorgehoben.

Anamnestisch ist bekannt, dass Pat. schon vor 3 Jahren, also im Alter von 17 Jahren, $^1/_4$ Jahr lang geisteskrank war, in einer Privatirrenanstalt behandelt und geheilt entlassen worden ist. Ein Jahr darauf erkrankte sie wieder akut, wurde in der hiesigen Klinik behandelt und nach 3 Monaten als völlig geheilt entlassen.

Es handelt sich also in dem jetzigen Anfalle um das zweite Recidiv einer in Schüben verlaufenden Motilitätspsychose mit totaler Desorientirung und es ist bemerkenswert, dass der jetzige Anfall bei weitem schwerere Symptome zeigt. Früher überwogen die Reizsymptome, jetzt stehen die des Ausfalles im Vordergrunde.

Die Prognose des augenblicklichen Anfalles ist nicht unbedingt ungünstig, doch ist im besten Falle ein länger ausgedehnter Verlauf zu erwarten.

Ätiologisch ist nur anstrengende geistige Arbeit und eventuell die Pubertätszeit anzuführen.

---

3. H. . . . , Schuhmachermeister, 59 Jahre.

Klinische Vorstellung am 2. XI. 1898.

Der Kranke ist ein körperlich äusserst herunter gekommenes Individuum, von fahler Gesichtsfarbe und schlaffen Zügen, der in leicht

vorn übergebeugter Haltung das Auditorium betritt, leise guten Morgen sagt und auf die Aufforderung: setzen Sie sich, sich mit müden Bewegungen in den Lehnstuhl niederlässt. Es fällt auf, dass er die einmal eingenommene Haltung, den Rumpf leicht vornübergeneigt, den Kopf etwas vorgestreckt, die Hände schlaff auf die Oberschenkel gelegt, während der ganzen Vorstellung beibehält. Sein Gesicht drückt ein tiefes Unglücksgefühl und apathische Ergebung aus, die Augen sind mit starrem leeren Blick ins weite gerichtet. Lidschlag selten.

Alle seine Äusserungen geschehen mit monotoner leiser Stimme, die öfter, besonders bei stärkerem Affekt einen weinerlichen Charakter annimmt.

„Kennen Sie mich?" „Ja, der Herr Arzt."

„Wie geht es Ihnen?" „Wie gestern."

„Fühlen Sie sich krank?" „Nein."

„Weshalb sind Sie denn hier?" „Weil der Doktor gesagt hat, es hätte sich auf meinem Kopfe etwas gebildet."

„Wissen Sie, wo Sie sind?" „Ja, in der Klinik."

„Was ist das hier für ein Haus?" „Ich weiss nicht, ich bin hergetragen worden; man wird durch das ewige Hin- und Hertragen ganz verdreht im Kopfe."

„Sie sind hier auf der Einbaumstrasse; was sind das also hier für Kranke?" . . . „Wissen Sie nicht, dass das ein Krankenhaus für Geisteskranke ist?"

„Ich bin noch nicht verrückt, es kann aber kommen."

„Weshalb hat man Sie dann zu den Geisteskranken geschickt?" „Ich weiss nicht."

(Der Kranke macht einen äusserst elenden, totmüden Eindruck und ist offenbar infolge seiner grossen körperlichen Schwäche nicht im stande, seine Aufmerksamkeit nachhaltig anzuspannen.)

„Herr Habel, strengt Sie etwa das Fragen zu sehr an, wollen Sie vielleicht einen Schluck Wein trinken?" „Nein, ich will nichts (in weinerlichem Tone) ich will eingesperrt werden."

„Fühlen Sie sich denn so unglücklich?" (wie vorher) „Ja."

„Warum denn?" (ebenso) „Weil ich angesteckt bin, ich habe mit meinem richtigen Verstande gesehen, was hier vorgegangen ist."

(Pat. trinkt auf Nötigung willig einen Schluck Wein.)

„Warum sind Sie also so unglücklich?" „Nun, dass ich jetzt soll venerisch sein."

„Haben Sie sich denn etwas vorzuwerfen?“ (immer noch jammernd) „Sehr viel, weil ich so halsstarrig bin.“

„Haben Sie denn etwas gethan?“ (wieder ruhiger) „Nein.“

„Warum sollen Sie denn eingesperrt werden?“ „Ach das ist ja Einbildung von mir.“

„Nun, wie ist es denn mit der Angst?“ „Habe ich keine mehr.“

„Aber Sie haben doch Angst gehabt?“ „Ach wo.“

(Prof. W. hat die Hand auf dem Arme des Pat. liegen, dieser wird plötzlich unruhig, blickt scheu um sich und spricht in jammerndem, ängstlichen Tone)

„Lassen Sie mich doch los, schlagt mich doch tot; zu Hause nehmen sie mich nicht auf und hier habe ich das Heimatsrecht verloren!“

„Haben Sie Angst?“ „Ja, wo soll ich denn hin? Ich will mich ja allem unterwerfen, ich will ja keine Extrazelle haben, aber ich kann doch nicht ins Freie laufen!“

„Nun, Sie können ja hier bleiben, das ist Ihnen lieb, nicht wahr?“ (Pat. beruhigt sich etwas.)

„Weshalb haben Sie denn Angst gehabt?“ „Hab ich nicht.“

„Was für Herren sind das hier? „Ärzte.“

„Warum rede ich denn hier mit Ihnen?“ „Dass sie sollen belehrt werden.“

„Wie alt sind Sie denn?“ „1859 geboren, den 2. August.“

„Und jetzt schreiben wir?“ „1858.“

„Ach, das ist doch Unsinn.“ „1890.“

„Genau 90?“ „Nein.“

„Welche Zahl kommt noch dazu?“ (keine Antwort).

„Wie alt sind Sie?“ „50.“

„Sind Sie verheiratet?“ „Ja.“

„Wie leben Sie mit ihrer Frau?“ (Pat. wird wieder ängstlich, der Ton seiner Stimme weinerlich.) „Sehr gut, meine Frau ist eine sehr gute Frau, aber ich kann nichts machen und es ist kein Geld zu Hause; was soll ich machen? Ich will mich ja allem unterwerfen.“ (wird wieder ruhiger.)

„Haben Sie Kinder?“ „Ja einen Sohn, der soll konfirmiert werden, er geht in die Schule.“

„In welche?“ „Früher war sie auf der Kreuzstrasse, jetzt ist sie verlegt worden.“

„Wohin denn?“ „Weiss ich nicht.“

„Was wollen Sie nun thun?“ „Gesund werden.“

„Wie lange sind Sie schon hier?“ „4 Wochen.“ (thatsächlich erst 2.)

„Wie werden Sie hier behandelt, wie ist der Arzt zu Ihnen, wie die Wärter?“ „Gut.“

„Nun, warum haben Sie Angst gehabt?“ (wieder fängt Pat. an zu jammern) „In Pöpelwitz ist alles weggekommen durch meine Verrücktheit; der Kleinert, der Schwager, hat es so gut gemeint, ach jemersch, ach jemersch! Alle Sachen haben sie ihm weggenommen. Was hab ich hier schon angerichtet!“

„Ich denke, Sie haben nichts gethan?“ „Nein, aber es wird noch entstehen.“

„Haben Sie auch Stimmen gehört?“ „Ja, ein Gemurmel.“

„Was sagten denn die Stimmen?“ „Hab ich nicht verstanden.“

„O ja, Sie haben gehört, Sie sollen gegeisselt werden, man wird Sie hier wegholen?“ „Ach, das ist mir so in der Nacht eingekommen, ich sollte verbrannt werden.“

Pat. ist ein 59jähriger Schuhmachermeister, am 19. X. 1898 in sehr reduziertem Zustande (Körpergew. 37 kg) hier aufgenommen, wahrscheinlich infolge eines schon längere Zeit bestehenden Lungenleidens (Spitzeninfiltration rechts) und schlechter Ernährung vor seiner Aufnahme. Kein Potator. Beginn des Leidens 4 Wochen vor der Aufnahme mit Anfällen von Angst, zuerst nur stundenweise. Pat. glaubte, von schwarzen Männern weggeholt zu werden, hat einmal versucht, durchs Fenster zu springen. In der Klinik war von Anfang an die Angst das auffälligste Symptom, abwechselnd mit freieren Intervallen. Angstvorstellungen sowohl autopsychisch, wie schon bei der Demonstration geäussert, als auch allopsychisch. (Äusserungen auf der Krankenabteilung: er solle in die Zelle kommen und dort gehängt werden, die Mördergrube sei schon geschmückt, er solle gegeisselt werden.)

Zeitweilig besteht Beziehungswahn: er beobachtet die Vorgänge auf der Station, glaubt bei einem hörbar werdenden Geräusch, dass die Pfähle zum Martern für ihn eingeschlagen würden, weist ein Schlafmittel zurück, weil der Urin eines Kranken darin sei (kurz vorher hatte der Wärter Urin aus dem Zimmer getragen).

Pat. hat auf der Station sich orientiert gezeigt, auch sein Alter richtig angegeben.

Er bietet alle Symptome einer Angstpsychose, Angst von wechselnder Intensität, auto- und allopsychische Angstvorstellungen, z. T. in Phoneme gekleidet. Beziehungswahn und entsprechende Phoneme nur wenig ausgesprochen, Erhaltensein der allopsychischen Orientierung.

Der Fall ist nicht ganz rein, was wohl durch die grosse Hinfälligkeit des Pat. bedingt ist. Die Widersprüche in seinen Angaben sind wohl so zu erklären.

Die Prognose hängt wesentlich von dem körperlichen Befinden ab, ist an sich nicht ungünstig.

Ätiologisch ist wahrscheinlich die Lungenerkrankung und das dadurch tief geschädigte Allgemeinbefinden von Bedeutung.

---

4. K. . . . . Schmiedegeselle, 37 Jahre.

Klinische Vorstellung am 5. XI. 1898.

Pat. wird hereingeführt, setzt sich, spricht zunächst nicht. Hinfälliges Aussehen. Blasses, gedunsenes Gesicht. Schlaffe Züge. Gleichgültiger, leerer Ausdruck. Zeitweises Lächeln, besonders bei Antworten. Tremor der Hände und Beine. Schreckt bei Geräuschen zusammen. Hält den Kopf etwas unnatürlich nach hinten gestreckt.

Prof.: „Warum halten Sie den Kopf so eigentümlich?“ „Man kann doch den Kopf nicht so halten.“ (beugt ihn etwas nach vorn) „Jeder Schmied sitzt etwas krumm.“

Fragen nach Alter, Stand und anderen Personalien prompt und richtig beantwortet. Giebt z. B. detailliert darüber Auskunft, wie er zu einer Fingerverstümmelung gekommen ist. Kenntnisse nicht ganz intakt. Unterbricht seine Antworten wiederholt durch Worte, die er an eine vermeintlich hinter ihm befindliche Person richtet: z. B. (sich umdrehend) „Du musst es ja wissen.“ Ruft einmal nach hinten gewendet „Ruhig!“

„Zu wem sprechen Sie denn?“ „Ich meine den (zeigt nach hinten). Soll ich sprechen oder sprichst Du?“

„Kennen Sie mich?“ „Ja, ganz genau kann ich es nicht sagen, Sie sind Staatsanwalt.“

„Und diese Herren?“ „Auch Staatsanwälte und Rechtsanwälte.“ Giebt eine ziemlich unklare Definition der Rollen von Staatsanwalt und Rechtsanwalt.

„Was ist das für ein Haus?“ „Der hohe Gerichtshof, der für Schlesien verhandelt.“

„Was machen Sie hier?“ „Mein Freund wollte, dass ich mal sehe, wie es hier aussieht.“

Erklärt den dabeistehenden Wärter für einen Schmiedegesellen, der in der Fabrik erst angefangen habe.

„Seit wann sind Sie hier?“ „Seit 10 hier.“

„Wo waren Sie die Nacht über?“ „Zu Hause“.

Pat. macht mit den Fingern greifende Bewegungen an den Hosen. Wischt über den Tisch, als ob er etwas fangen wolle. Schliesst die rechte Hand und öffnet sie in die Linke, als ob er etwas hineinthun wollte. Sieht auf Suggestio „Untersatz von dem Kaffee“ auf dem Tisch. Auf die Frage: „Was sehen Sie dort an der Wand?“ fängt er an zu lesen. „Was bewegt sich dort?“ „Eine Lokomotive“, liest dann weiter vor. Geht an das Bett und zieht an den Spangen desselben.

Prof., auf den Boden zeigend: „Was kriecht da?“ „Ein Regimentstambour. Kein Postbeamter ist es nicht. Auch ein schöner Junge. Kann auch von einem Major sein.“

Angehalten, auf die Wand zu blicken, liest er wieder.

Macht mit den Händen greifende Bewegungen, als ob er Fäden in der Hand hätte. Während des Lesens steht er breitbeinig, übermässig gestreckt, leicht schwankend da.

Die Prüfung der Sprache ergiebt eine der paralytischen gleiche Sprachstörung. Während des Sprechens hält er den linken Arm in gezwungener Haltung, abduziert, leicht gebeugt, die Hand zur Faust geballt.

Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, macht er ganz ungeschickte Versuche, stösst sie vor, zieht sie schnell zurück, wiederholt das mehrere Male, wölbt den Zungenrücken, führt die Spitze von einem Mundwinkel zum andern, bekommt sie schliesslich gar nicht mehr heraus, sondern stülpt statt dessen die Unterlippe hervor.

W.: „Wo waren Sie gestern früh?“ „Ich habe Besorgungen zur Hochzeitsfeier gemacht.“

Macht Bewegungen auf dem Tisch, als ob er etwas zusammenscharre. W.: „Was haben Sie denn da?“ „Geld.“

Besprechung. Diagnose: Delirium tremens. Nicht ganz reiner Fall wegen Überwiegens der Intoxikationssymptome, des sog. Dämmer-

zustandes und der Hallucinationen. Es gelingt hier nicht vollständig, den Kranken aus dem Dämmerzustande zu erwecken, was bei der Mehrzahl der Alkoholdeliranten leicht möglich ist. Der Punkt ist deshalb von Wichtigkeit, weil die allopsychische Desorientiertheit der Deliranten fortbesteht, auch wenn sie ganz wach, attent und frei von Hallucinationen sind. Ferner gelingt es gerade bei Deliranten nachzuweisen, dass die Sinnesorgane intakt sind, und ihr Zustand nicht die Schuld der mangelnden Orientierung trägt.

Charakteristisch für das Delirium tremens ist die allopsychische Desorientierung bei erhaltener autopsychischer Orientierung. Beimischung von Lähmungserscheinungen (Sprache, Zunge). Lebhafte Hallucinationen sowohl spontan auftretend, wie suggerierbar durch Richtung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Sinnesgebiete.

Die gestreckte Haltung des Kopfes und die erwähnte gezwungene Haltung der Extremitäten deuten ein Symptom an, welches nur in schweren Fällen von Delirium tremens vorzukommen pflegt, nämlich eine mangelnde Orientierung über die Stellung des eigenen Körpers im Raume.

Hervorzuheben ist noch das schlechte Allgemeinbefinden, die Hinfälligkeit, der schwache Puls, die Komplikation durch chronische Nephritis und der Umstand, dass es sich schon um den fünften Anfall des gleichens Leidens bei dem Pat. handelt. Prognose demnach getrübt und sehr zweifelhaft.

---

5. Bertha P . . . . . , Verkäuferin, 24 Jahre.

Klinische Vorstellung am 5. XI. 1898.

Pat. kommt lachend hereingestürmt. Wendet sich erst nach links, dann schnell nach rechts, prallt dabei auf einen Assistenten: „Oh, pardon, Herr St.“, geht dann lebhaft auf den Prof. zu, setzt sich auf den Stuhl, legt den linken Arm auf den Tisch, richtet das Gesicht gegen den Prof.

Prof.: „Drehen Sie sich doch den Herren zu!“

Springt blitzschnell auf, nimmt eine stramme Körperhaltung an, und ruft mit lauter, harter und schnarrender Stimme: „Äh, ich soll wohl kommandieren?“ dann wieder sich setzend mit ihrer gewöhnlichen Stimme: „Ich danke; den Herren das Gesicht zuwenden! Nein, das ist nicht nötig!“

„Zu welchem Zweck sind Sie hier?“ „Nein, das weiss ich nicht.“

„Was das für Herren sind?“ „Das weiss ich auch nicht.“

„Sie sind doch früher schon hier gewesen?“ „Welchen Namens, welchen Standes, welchen Berufes, das weiss ich nicht. Ja doch (lachend) es sind Schornsteinfeger.“

„Das ist doch ein Witz von Ihnen?“ „Ja ein Witz, Napoleonswitz“ „Napoleonsnovice“, „Klowitsche.“

„Sie sind polnisch?“ „Ja, es wird zu Hause viel polnisch gesprochen.“

„Woher?“ „Aus Krotoschin.“

Plötzlich ruft sie wieder mit lauter und harter Stimme ins Auditorium hinein: „Einen Verband für die Füsse für den Herrn, der Herr hustet! Häh, häh, die Herren lachen, welcher Herr hat gelacht? (Ruft) Zehn Flaschen Sekt her, 10 Flaschen, hundert Flaschen Sekt! Sie haben ja Alle Notizbücher da, was schreiben Sie denn?“

„Ja wissen Sie denn nicht, wozu die Herren hier sind?“ „Ich weiss ja nicht, ich glaube, dass ich debütieren soll, Häh?“

„Sie wissen ganz gut, dass das Studenten sind!“ „Das sind Herren Studenten, ich habe die Ehre! Wo haben denn die Herren ihre Abzeichen? Häh, häh, das sind Schornsteinfeger.“

„Das ist doch nur ein Witz?“ „Nur Witz, Novize, Nowitsche.“ „Nun, meine Herren, erzählen Sie mir auch was neues! Was giebt's sonst neues in der Welt? Häh, häh, was macht der Kaiser von Russland?“ „Ach, dort ist ja ein Schränkchen“ (auf den Laboratoriumsschrank deutend) „Chokolade ist nicht drin, sondern Medikamente.“

Springt auf, fasst beide Hände des Prof., macht tänzelnde Bewegungen und wiegt den Oberkörper. Sagt lachend: „Liebigs Variété,“ „schnell ein Thee, iteh, jeteh.“

„Warum so lustig?“ „Ich freue mich, weil ich in Ihrer Nähe weilen kann, sitzen darf, den Vorzug haben darf, in Ihrer Nähe zu weilen, Herr Prof.! Servus, servus, meine Herren, gute Wurst, gute Wurst!“ (Springt auf, sieht sich Gegenstände im Zimmer an, geht an das offenstehende Fenster, blickt, winkt und ruft hinaus.) Prof. ruft sie zurück. „Ein reiner Gott, Herr Prof. ängstigen Sie sich doch nicht.“ „Hier ist ein Becken.“

„Zu welchem Zweck?“ „Zum Händewaschen, zum Händewaschen.“

Auf die Aufforderung, sich zu setzen, nimmt sie in übertrieben verbindlicher Weise, sich zweimal verbeugend, Platz und sagt dabei

mit einladenden Handbewegungen: „Ja bitte sehr, bitte sehr, gnädiges Fräulein, setzen Sie sich, mein Fräulein.“ Steht wieder auf. Auf erneute Aufforderung, sich zu setzen, giebt sie dem Stuhl einen Stoss, schlägt mit der flachen Hand auf den Tisch und setzt sich dann. Auf die Nennung des Liebigschen Lokals fällt sie Prof. W. ins Wort: „Das Liebigsche Lokal? Ich gehe zu Simmenauer, Zeltgarten, alle Variétés, alle Thees.“

„Wie alt sind Sie?“ Springt auf, macht einen Knicks und sagt in kindlichem Ton: „16 Jahr und 2 Minuten.“ Eilt auf den im Hintergrund sitzenden Dr. H. zu: „Nun, wie gehts Ihnen denn? Äh?“ Zu Dr. St.: „Sie gestatten, mein Herr, damit ich Ihnen nicht die Füsse abrasiere.“ Zu zwei anderen Ärzten: „Wie geht es Ihnen? Wie geht es Ihnen? Aber, bitte, meine Herren, nicht gleich so handgreiflich, das ist nicht schön. Ziehen Sie mal blank, die Herren sind ja alle uniformiert.“

Auf Anrufen kehrt sie zu dem Prof. zurück.

„Was ist Ihr Vater?“ Sie dreht dem Auditorium den Rücken zu, zieht die Schultern in die Höhe, streckt die Arme nach hinten und sagt in geziertem Ton: „Mein Papa ist Kaufmann, ein Schutzmann, er steht Ecke Ring und Schweidnitzerstrasse mit Helm und Degen an der Seite.“

„Was sprechen Sie denn so eigentümlich?“ „Nun ja, so eigentümlich, eigentümlich, weil das mein Eigentum ist. Ich bin sehr eigen sehr eigen. Ich bin eben erst aufgestanden. Sie wissen, ich habe ein sehr feines Lager. Äh! Äh!“ Der Kaiser von Russland ist nicht da.“

„Wie kommen Sie auf den?“ Nimmt eine grossartige Haltung an, und spricht mit schnarrender gekünstelter Stimme: „Ein guter Freund von mir, bin mit ihm zusammen ausgegangen, die Meistersinger wurden gerade gegeben, wir sind zusammen spazieren gegangen.“ Lacht.

„Sie machen wohl bloss Witze? Sie waren doch schon öfter hier oben?“ Erwidert geziert verbindlich und förmlich: „Ja, ich hatte den Vorzug schon öfter, diese Räume betreten zu dürfen.“

Fragen nach ihrer letzten Stellung, ihrem Monatsverdienst, der Dauer ihres Hierseins korrekt beantwortet. Spricht dabei in jüdelndem Tonfall und entsprechenden Handbewegungen, Supinationen der Hand und Schulterhebung. Prof.: „Sie sind Jüdin?“ „Ich bin die Jüdin, die am Zaune liegt, manchmal spreche ich wie ein Zaunkönig.“

„Was ist das hier für ein Haus?“ (lacht) „Das ist die Psychen-Klinik. Psü, pschü, Przytek.“ — „Wir wollen mal würfeln.“

„Weshalb sind Sie hier herein gekommen?“ „Weil seine Majestät mich hat mit Gewalt hereingeschleppt, damit ich sehe, wie Sie leiten die Regierung.“ (Alles in jüdelndem Ton.)

„War denn Ihre Aufnahme nötig?“ Erwidert in schauspielerisch getragenem Ton, leicht skandierend, mit gekünstelter Accentuation: „War es denn nötig, Herr Prof.? Bin ich denn das Mädchen von Wahrendorf? Waren Sie denn im Dorf oder in der Stadt? Sind Sie im Dorf erzogen, bezogen, verzogen? Oder sind Sie ein Reliquienstück? Oder was sind Sie eigentlich? Oder welches Stück wollen Sie haben? Eine Rippe, Leber, ein Paar Füsse, oder ein paar Eisbeine, eine Sülze, häh, vielleicht eine Sülze? Ein bischen Gallert vielleicht?“ (Alles mit verbindlichem Lächeln.) Prof.: „Sind Sie immer so übermütig?“ (Etwas ernster aber leichthin): „Ach mehrschtendeels nicht.“ Prof.: „Gefällt es Ihnen denn hier?“ Stösst juchende, ironische Laute aus. Prof.: „Werden Sie gut behandelt?“ „Das kann ich nicht beantworten, das Ergebnis behalte ich für mich.“ Greift nach den Manschetten des Prof. „Feine Manschettenknöpfe. Sie sind fein angezogen, aber ich gehe herum in einer Nachtjacke. So muss ich mich produzieren als erste Künstlerin.“ Prof.: „Weshalb spreche ich denn mit Ihnen?“ (Ins Wort fallend): „Vor versammeltem Publikum. Sie ist eine Irrenkranke, und weiss ganz genau, was sie spricht.“ Zieht dabei die Unterlippe vor die Oberlippe und schiebt den Unterkiefer vor. „Warum verziehen Sie denn Ihren Mund?“ „Jedenfalls ist das mein Schmerz über mein Dasein, resp. über mein Hiersein. — Sie tragen einen Diplomatenshlips!“ Steht auf, legt den Arm um des Prof. Schulter und sagt: „Vielleicht ein Schauspieler, dem das Herz noch sehr blutet, wenn er die Bühne betritt.“

Prof.: „Sie können jetzt gehen!“ (Pathetisch): „Ich folge dem Wunsch. Also Chokolade giebt es hier nicht. Dann habe ich die Ehre zu verzichten, ich hob' die Ehr'!“ Geht mit Grandezza, nach Art einer abtretenden Soubrette hinaus.

Während Pat. auf dem Stuhl sass, war ihr Oberkörper in dauernder Bewegung. Die linke Hand hatte sie oft an der Stirn. Sie sieht den Prof. schelmisch, aber aufmerksam, gespannt und erwartungsvoll an, neigt sich ihm leicht entgegen mit dem Ausdruck steter Antwortbereitschaft. Antwortet sofort und schnell.

Ihre Bewegungen haben oft etwas Plötzliches, Gewaltsames. So

geht zuweilen ein Ruck durch ihren Körper, sie richtet sich stramm auf. Bei dieser Gelegenheit nimmt ihre Sprache den geschilderten rauhen unweiblichen Klang an. Auch ihre gewöhnliche Sprechweise hat etwas Gezwungenes, oft Geziertes. Sie spricht Anlaute, Endsilben und einsilbige Worte, welche normaler Weise fast verschluckt werden, mit besonderer Sorgfalt aus, schnarrt das R, skandiert etwas und fällt oft in einen getragenen, pathetischen Ton. Wenn sie gar, wie einmal während der Vorstellung, in der oben geschilderten Weise, Mund und Unterkiefer in gewaltsame Stellung bringt, nimmt ihre Sprache einen ganz unnatürlichen, gutturalen Charakter an, der im Normalen keine Analogie findet. Wie der Ton, so ist auch die Ausdrucksweise geziert; sie häuft spielerisch feine und gewählte Wendungen.

Jeder der geschilderten Redeweisen entspricht eine bestimmte Haltung und Bewegungsart, z. B. dem männlichen Kommandoton eine stramme, aufgerichtete Haltung u. s. w. Der Übergang von der einen Haltung und Redeweise in die andere tritt meist ganz plötzlich und anscheinend ganz unvermittelt auf.

Stimmung dauernd heiter und gehoben. Unterbricht ihre Äusserungen oft durch ein ausgelassenes Lachen.

Besprechung: Nicht ganz reine, aber in der Hauptsache typische Manie.

Übermütige, gehobene Stimmung, krankhafte Euphorie, Rededrang, Bewegungsdrang, Ideenflucht.

Ungezwungenes Wesen, hier nicht wie in anderen Fällen bis zur Obscönität gehend. Geberdet sich, als ob sie die Aufgabe habe, die anderen zu unterhalten. (Nivellierung der Vorstellungen.)

Gesteigertes Selbstbewusstsein nicht sehr ausgesprochen, Reden über den Kaiser von Russland nur Scherz.

Nicht zum reinen Bild der Manie gehört, dass manche Bewegungen nicht psychologisch motiviert, nicht Ausdruck ihrer Laune sind, sondern ohne ihren Willen (pseudospontan) geschehen.

Als weitere Abweichung vom Bilde der reinen Manie ist zu verzeichnen, dass das in der Manie sich findende Interesse für Vorgänge der Aussenwelt hier bis zur zwangsmässigen Richtung der Aufmerksamkeit auf Sinneseindrücke gesteigert ist. (Hypermetamorphose.)

Der Verlauf beweist, dass es sich um die maniakalische Phase einer cirkulären Psychose handelt, da ein dem jetzigen gleichender

maniakalischer Zustand schon von August bis Dezember 1897 bestand, worauf ein Umschlag in Depression mit schwerer Angst und Kleinheitswahn eintrat. September 1898 begann dann wieder die jetzt noch bestehende maniakalische Phase. Prognose dem entsprechend ungünstig.

---

6. Frau K . . . . ., Töpferfrau, 27 Jahre.
Klinische Vorstellung am 9. XI. 1898.

Die Pat. wird im Tragbette hereingebracht und vor das Auditorium hingestellt.

Verhalten der sich selbst überlassenen Kranken:

Sie befindet sich im Bette in Rückenlage, der Kopf ist durch ein untergeschobenes Kissen etwas erhöht. Die Augen sind starr, ohne zu fixieren, ins Leere gerichtet, der Lidschlag ist selten. Die Gesichtszüge sind unbelebt, einem Erschöpfungszustande entsprechend, etwas entstellt durch halbgeöffneten Mund und herabgezogene Mundwinkel. (Initiative und expressive Regungslosigkeit, Akinese; Gegensatz zwischen Lähmung und Akinese.)

Verhalten gegen äussere Reize:

Als Prof. W. sie wiederholt und laut mit ihrem Namen anruft ja sie sogar am Arme fasst, beobachtet man als einzige Reaktion an ihr ein Häufigerwerden des Lidschlages. Die Augen bleiben dabei unverändert in die Ferne gerichtet und werden nicht auf den Untersucher abgelenkt.

Verharren in erteilten Stellungen:

Beim Erheben des rechten Armes tritt zuerst ein sehr erheblicher Widerstand auf (Negativität), der allmählich sich mässigt und gleichbleibend wird wächserne Biegsamkeit). Die Arme verharren so lange in jeder, noch so unbequemen, ihnen erteilten Haltung, bis sie in eine andere Lage gebracht werden. So ist es besonders auffällig, dass Pat. trotz ihrer sichtlichen Schwäche den im Ellenbogen rechtwinklig gebeugten, im Schultergelenk etwas abduzierten Arm längere Zeit völlig frei schwebend hält.

Ein anderes Verhalten zeigt sich an den Beinen; als diese am Unterschenkel gefasst und hin und her bewegt werden, bewegt sich das ganze Becken mit. (Muskelstarre der Becken-Oberschenkelmuskulatur, wie bei spastischer Spinalparalyse.) Im übrigen sind die Beine völlig schlaff, und sinken, in die Höhe gehoben, der Schwere folgend, sofort

herab. Auch der Kopf ist nach allen Richtungen hin leicht und frei beweglich. Dagegen findet der Versuch der Abhebung des Oberkiefers vom Unterkiefer einem sehr kräftigen Widerstand, ebenso gelingt es später nicht, die Augenlider von einander zu entfernen, als dieselben nach dem Weinausbruch der Kranken geschlossen gehalten werden.

Verhalten der Reflexe:

Die Sehnenreflexe an den Beinen sind nicht verändert, die an den Armen deutlich gesteigert. Die reflektorische Erregbarkeit der Hautkapillaren ist normal.

Bei Nadelstichen in die Fusssohlen reagiert die Kranke prompt zunächst durch Dorsalflexion der Zehen, dann des ganzen Fusses. Bei wiederholten Stichen wendet und dreht sie diesen hin und her und zieht ihn endlich auch durch Beugung im Knie etwas zurück. Hierbei runzelt Pat. etwas die Augenbrauen, und ihr Gesicht nimmt eine Andeutung von schmerzlichem Ausdruck an.

Ganz ähnlich ist das Verhalten der Hände. Auch diese werden zunächst nur hin und her gewendet, aber nicht zurückgezogen, obgleich Prof. W. sie keineswegs festhält, sondern ganz frei auf seiner offenen Handfläche ruhen lässt. Die rechte Hand wird hierbei überhaupt nicht zurückgezogen.

Bei Nadelstichen in die Wangen, auf die Nase und die Lippen verzieht sie in ausgesprochen schmerzhafter Weise das Gesicht und beginnt unter anhaltendem Schluchzen zu weinen: Die reaktive Akinese wird also bei schmerzhaften Reizen durchbrochen.

Da die Kranke auf die Aufforderung, sich aufzusetzen, in ihrer Regungslosigkeit verharrt, wird sie im Bette aufgerichtet.

Verhalten der Kranken gegen Antriebe zu aktiven Bewegungsäusserungen:

Als sie nunmehr zum Aufstehen aufgefordert wird, bemerkt man, dass sie etwas die Beine bewegt, als ob sie einen Versuch machen wollte, fällt hierbei aber mit dem Oberkörper nach rückwärts in die liegende Stellung zurück. Sie wird nun wiederum aufgerichtet und kommt zu sitzen, wobei sie trotz des soeben bewiesenen guten Willens in ganz unzweckmässiger Weise die Beine kreuzt. Auf weiteres Zureden macht sie auch Versuche, ganz in die Höhe zu kommen, was ihr aber nur mit kräftiger Unterstützung gelingt. Prof. W. fasst nunmehr die Kranke an der Hand und führt sie im Zimmer umher, wobei sie ihm zwar widerstandlos nachfolgt, aber zu jedem neuen Schritt

durch einen leichten Zug an der Hand angetrieben werden muss. Hierdurch bekommt die Gangweise einen automatenhaften Charakter, die einzelnen Schritte sind durch zu grosse Pausen von einander getrennt.

Beim Stehen hat sie die Kniee leicht gebeugt, die Füsse geschlossen und schwankt hin und her, kommt aber nicht darauf, eine sicherere Fussstellung anzunehmen.

Mehrmals aufgefordert zu gehen, beginnt die Kranke sich langsam vorn überzuneigen, um im Moment, wo ihr Schwerpunkt ihre Standfläche nach vorne zu überschreitet, sich ganz plötzlich und unerwartet in laufende Bewegung zu setzen; diese Bewegung nimmt ähnlich der Propulsion bei Paralysis agitans einen beschleunigten Charakter an, und ist offenbar als Abwehr gegen das durch die anfängliche Neigung nach vorn drohende Fallen aufzufassen.

In ihrem Laufe neben dem Tragbette angekommen, lässt sich Pat. auf dieses fallen und kommt in eine ziemlich zweckmässige Seitenlage zu liegen.

Als sie nochmals auf die Füsse gestellt wird, steht Pat., die seit den Nadelstichen noch immer nicht zu schluchzen aufgehört hat, nunmehr von einer Wärterin unterstützt stark schwankend da und reagiert, von einer Beschleunigung des Lidschlages abgesehen, in keiner Weise auf irgend welche an sie gerichtete Aufforderungen. Sie muss wieder ins Bett gebracht werden und wird hinaus getragen.

Diagnose: Motilitätspsychose von cyklischem Verlauf, indem hyperkinetische und akinetische Phasen einander ablösen.

---

7. H . . . . . , frühere Wärterin, Dienerswitwe, 45 Jahre.
Klinische Vorstellung am 12. XI. 1898.

Blasse, leidlich genährte Frau. Kommt geordnet herein, geht auf den Prof. zu, nimmt auf Aufforderung Platz.

Unbelebtes Gesicht, schlaffe Züge, Nasen-Lippenfalten bds. verstrichen. Bewegungen der Augen fehlen nicht, sind aber matt und energielos. Lidschlag vorhanden. Ausdruck der Freud- und Teilnahmlosigkeit. Energielose Haltung. Befolgt alle Aufforderungen, aber langsam. Sie antwortet auch langsam und mit ganz leiser, nur den allernächsten verständlicher Stimme. Sie gestikuliert dabei fast garnicht. Nur seltene matte Handbewegungen.

Sie erweist sich über Personalien, Ort, Zeit, Situation, vollkommen orientiert.

Prof.: „War Ihr Herkommen notwendig?“ „Ja, ich fühle mich krank.“

„Was für Beschwerden?“ „So 'ne Angst, so 'ne Verstimmung, ich kann nichts leisten.“

„Was haben Sie denn zu leisten?“ „Es fällt mir alles so schwer.“

„Was fällt Ihnen schwer?“ „Dass ich nicht ausführen kann, was ich möchte. Ich möchte doch arbeiten wie früher, das geht nicht mehr“. „Ich kann halt nicht, ich fühle mich so, ich kann es nicht sagen.“

„Wie geht's mit dem Denken?“ „Ich denke, und ich komme nicht zum Ziel. Ich beschäftige mich immerfort mit einer Sache, und quäle mich, dass ich nicht weiter kann.“ (Wird weinerlich.) „Ich kann mich nicht entschliessen, ich möchte so gern was thun, aber ich kann nicht. Ich mache mir so Vorwürfe, dass ich nicht so kann, wie ich möchte. Die Menschen glauben mir das nicht.“

„Welche Menschen?“ „Alle Welt verachtet mich; es sieht mich alles so mit eigenen Augen an.“

„Verachten die Wärterinnen Sie?“ „Ja.“

„Was hören Sie für Vorwürfe? Was haben Sie verbrochen?“ „Verbrochen habe ich nichts, ich werfe mir vor, dass ich nichts leisten kann.“ „Glauben Sie, dass Sie Strafe verdienen?“ „Man möchte mich strafen, man wird mich strafen.“

„Welche Strafe verdienen Sie?“ „Möchte man mich hinrichten!“

„Haben Sie Worte der Verachtung gehört?“ „Es kommt mir so vor.“

„Bestimmte Redensarten?“ „Nein, keine bestimmten Redensarten.“

„Wie ist die Behandlung?“ „Ist gut.“

„Haben Sie Angst?“ „Ja.“ Die Angst sitzt „innerlich“, wird aber nicht lokalisiert.

„Hat das Gedächtnis gelitten?“ „Nein.“ Das ihr zum Merken aufgegebene Wort „Assurbanipal“ kann sie nach 5 Minuten zwar nicht wiederholen, weiss aber, dass es mit einem A anfängt und erkennt es unter mehreren ihr vorgesagten Worten heraus.

„Wird Ihnen das Aufstehen des Morgens schwer?“ „Ja.“ „Weshalb?“ „Ich weiss nicht, es wird mir halt schwer.“

„Sie können auf der Station nicht behilflich sein?“ P. fängt an zu weinen.

Weitere Äusserungen: „Es liegt mir an nichts mehr was, es ist mir so egal ob ich Besuch habe. Ich fürchte mich, wenn ich sprechen soll. Ich kann doch nicht so sprechen. Ich fürchte mich vor dem ganzen Leben. (weinend) Wozu soll ich leben, ich habe keine Freude mehr an nichts.

„Wenn nun Ihre Eltern plötzlich stürben?“ „Ich könnte sie nicht betrauern.“

„Haben Sie schon den Versuch gemacht, Ihr Leben zu beenden?“ „Schon eine ganze Reihe.“

Besprechung. Diagnose: Recidivirende affektive Melancholie.

P. leidet schon seit dem Jahre 1872 an häufig auftretenden Verstimmungen. Zustände von der Schwere des jetzigen, welche Anstaltsbehandlung notwendig machten, hat sie schon 10—12 mal vor der diesmaligen durchgemacht. Periodicität nicht vorhanden. Jeder Anfall dauert 4—6 Wochen. Sie ist einigemale freiwillig in die Klinik gekommen. Der Affekt ist Unglücksgefühl. Beispiel von intrapsychischer Afunktion. Dabei findet auch ein Ausfall von Bewegungen statt, aber nur derjenigen Bewegungen, die wir Handlungen nennen.

Subjektiv dabei: die Wahrnehmung der verminderten Leistungsfähigkeit. Auch Kleinheitswahn und Selbstvorwürfe als Folge der subjektiven Insufficienz. Daraus Furcht vor den Aufgaben des Lebens. Die Unfähigkeit des Entschlusses führt auch zu Selbstvorwürfen. Infolge der Erschwerung der Associationsthätigkeit nimmt auch die Gefühlsbetonung der Vorstellungen ab. Die Kranken haben an nichts Interesse mehr. Grosse Selbstmordgefahr.

Die Reinheit des Bildes der Melancholie scheint hier durch Andeutungen von Beziehungswahn getrübt zu sein. Jedoch ist festgestellt worden, dass der Pat. auf der Station thatsächlich von unverständiger Seite Vorwürfe über ihre als Trägheit aufgefasste Unthätigkeit gemacht wurden, so dass der Fall ein ziemlich reiner Typus von recidivierender affektiver Melancholie ist. Eine nicht zu verallgemeinernde Eigentümlichkeit des Falles ist noch, dass eine Reihe von früheren Anfällen eine nicht unerhebliche konzentrische, durch Ermüdungstouren nicht zu steigernde Einengung des Gesichtsfeldes nachweisen liessen.

Als Symptome dieser Krankheit stellen sich somit folgende dar: Unglücksgefühl, subjektive Insufficienz, Interesselosigkeit, Gefühlsab-

stumpfung, Schwierigkeit der Entschliessung: sämtlich subjektiv empfunden und als Pflichtvernachlässigung gedeutet, endlich Angst.

Objektiv besteht ein mässiger Grad von initiativer Akinese und initiativem Mutacismus. Prognose jedes einzelnen Anfalles günstig, im ganzen aber ist sie ungünstig zu stellen, da sich ein Habitualtypus von Recidiven herausgebildet hat.

---

8. Luise M . . . . . , Dienstmädchen, 57 Jahre.

Klinische Vorstellung am 19. XI. 1898.

Setzt sich mit unter dem Kinn gefalteten Händen hin. Die gefalteten Hände zeigen während der ganzen Vorstellung grobschlägigen rhytmischen Tremor, daneben produziert sie fortdauernd ein vibrierendes Stöhnen. Hin und wieder auch rhytmisch wippende Bewegungen des Oberkörpers. Körperhaltung gebeugt. Seniler Habitus ausgesprochen. Gesicht wenig belebt und tief unglücklich.

Sie antwortet korrekt. Die Mehrzahl der folgenden Äusserungen werden durch Suggestivfragen hervorgerufen.

„Ich bin krank, ja, ja, mir ist so Angst. — Ich habe ein schlechtes Gewissen. — Ich habe mich beim lieben Gott versündigt, da hat er seine Hand von mir gezogen. — Ich habe einen Mann beschuldigt, dass er mir was genommen hat, aber er hat mir garnichts genommen; er hat mich verklagt, ja, ja, da sollte ich sterben; jetzt muss ich sterben. Jetzt möchte ich gern noch einmal den Geistlichen haben."

Über Ort und Zeit orientiert, verkennt aber die Situation, hält den Prof. und die Studenten für Richter. Ihren Arzt erkennt sie dagegen als solchen. Sie sei nach der Anstalt gebracht worden, weil sie einmal ins Wasser gegangen sei. Die Behandlung sei gut, und sie sei nicht folgsam.

Prof.: „Hören Sie Stimmen?" „Ja, die mich zum Richter rufen. Wenn ich gehen will, so lassen mich die Wärterinnen nicht." Die Stimmen schildert sie teils als wirklich gehörte, teils als „Gewissensstimmen". Sie hat Vorwürfe gehört, dass sie schlecht, dass sie unwürdig sei.

„Hören Sie auch Schimpfworte?" „Nein!"

„Haben Sie sich etwas vorzuwerfen?" „Ja, ich habe vom lieben Gott abgelassen, bin nicht zum Abendmahl gegangen. Ich habe mich zu wenig um meine Mutter gekümmert."

Mit dem Denken gehe es jetzt besser. Pat. wiederholt oft dieselbe Äusserung mehreremale in monotoner Weise und gerät wiederholt in gesteigerten ängstlichen Affekt.

Giebt zu, krank zu sein, die Krankheit sitze im Kopf und Gewissen.

Sie hat immerfort Angst, nur nachts nicht. Die Angst sitzt im „Gewissen". Nachher lokalisiert sie dieselbe in das Epigastrium. Bei den Fragen nach dem körperlichen Befinden wird uns angegeben, dass Pat. sich schwach fühle und nur wenig essen könne infolge des Angstgefühles. (Dem entspricht der schlechte Ernährungszustand der Pat.)

Auf die Frage nach ihren Geschwistern, fängt sie an zu weinen: „Die sind gewiss tot, die kommen gar nicht mehr zu mir."

Aufgefordert wegzugehen, steht sie auf und sagt: „Jetzt werde ich wohl getötet werden."

Bei der Fragestellung wurde besonders darauf Wert gelegt, ob Pat. wirklich nicht in Bezug auf die Situation orientiert ist und festgestellt, dass sie zwar weiss, dass sie im Irrenhause und für gewöhnlich auf der Krankenstation ist, dass sie aber die augenblickliche Situation wirklich missdeutet. Es bleibt fraglich, ob nur die mangelnde Kenntnis der Situation daran schuld ist. Die Selbstanklagen (autopsychische Angstvorstellungen) werden nicht weiter substanziiert, als schon angegeben. Die allopsychischen Angstvorstellungen beschränken sich auf die Vorstellung der bevorstehenden Hinrichtung und die damit zusammenhängende Situationsverkennung.

Besprechung: Von Anbeginn gleichbleibendes Krankheitsbild Beginn mit Angst im August 1898. Aufnahme 27. X. Damals Ödem beider Unterschenkel, keine nachweisbare Organerkrankung. Sie war vorher in einem anderen Krankenhaus verpflegt worden, nachdem sie in den Stadtgraben gesprungen war. Auf der Station ebenfalls Selbstmordversuche, indem sie sich zum Bett hinausstürzen und mit den Händen erwürgen wollte.

In der Familie der Pat. keine Anlage zur Geisteskrankheit.

Pat. war bis vor einem Jahr Dienstmädchen, hat seitdem bei ihrer Schwester gelebt.

Diagnose: Senile Angstspychose mit Andeutung von hyperkinetischen Symptomen. Monotonie und rhytmischer Charakter der Motilitätserscheinungen. Die ebenfalls angedeutete

allopsychische Desorientierung wird vermutungsweise auf die senile Aetiologie zurückgeführt.

Die Prognose hängt davon ab, ob der Ernährungszustand gehoben werden kann.

---

9. Paul B. . . . . ., Kellner, 45 Jahre.

Klinische Vorstellung am 19. XI. 1898.

Der Kranke kommt müden Schrittes in etwas vorn übergebeugter Körperhaltung herein und blickt sich mit ängstlichem Gesichtsausdruck im Auditorium um. Auf Aufforderung setzt er sich und hält die Hände im Schoss gefaltet; seine Stimme ist heiser und häufig durch leise schluchzendes Weinen unterbrochen.

Autopsychische Angstvorstellungen:

„Warum schreien Sie manchmal so?“ „Weil ich es im Gewissen habe; ich habe immer beim Bedienen der Gäste alles vergessen, ich habe unredlich bedient.“ (Dabei steht fest, dass sich diese Vorwürfe auf Fälle beziehen, wo er sich zu seinen Ungunsten verrechnet hat, und dass er ein gutes Führungsattest besitzt.) Die Bereitwilligkeit, mit der er zugiebt, in letzter Zeit viel Schnaps getrunken, ja sich oft betrunken zu haben, ist hier ebenfalls bemerkenswert.

Andere autopsychisiche Angstvorstellungen sind in Phoneme gekleidet. Gegen manche derselben verhält er sich ablehnend: so sagt er z. B., nachdem er die Frage, ob er Beschimpfungen gehört habe, zunächst verneint hat: „Das ist ja garnicht wahr, was der Maurer gesagt hat: Du verfluchter, betrunkener Lump, Du bist stehlen gegangen und hast nicht gearbeitet.“

Als er zu weinen anfängt, wird er gefragt: „Weshalb weinen Sie so?“ „Weil ich gesehen habe, wie die Wärter da unten den Menschen geschlagen haben, und nun liegt der Verdacht auf mir.“ Doch sei er unschuldig, denn die ganze Nacht habe er im Bette gelegen. Man habe ihn zwar nicht direkt beschuldigt, aber die Wärter hätten ihre Thäterschaft bestritten, und so käme es auf ihn.

Auf die Frage: „Hören Sie auch Stimmen,“ lauscht er einige Zeit, dann sagt er: „Jetzt nicht mehr so wie früher. Mir wars einmal, als wenn meine Frau schriee, und die Kinder habe ich mir auch fortgedacht und nicht zu Hause.“

„Wo glaubten Sie denn, dass die Kinder wären?“ „Ich dachte dass sie mit eingesperrt sind.“

Auf der Station hat er auch geäussert, Frau und Kinder seien tot; jetzt sagt er, das sei ihm nur so vorgekommen.

Allopsychische Angstvorstellungen:

„Wie sind Sie mit der Behandlung hier zufrieden?“ „So weit ja ganz gut, aber wenn ich so aufgeregt bin und schreie und aus dem Bette gehe, dann halten mich die Wärter fest und sagen, sie werden mich in die Zelle bringen.“ Aus anderen Äusserungen ergiebt sich, dass er die Zelle für eine Folterkammer hält.

„Warum sind Sie denn aus dem Bette gegangen?“ „Ich habe da oben die Stimmen und das Klopfen gehört (Acoasmen); dann kam es mir so vor, als ob ein Schaffot errichtet würde.“

„Warum ein Schaffot?“ „Weil ich angeklagt war, ich hätte den Menschen gemordet, der da unten gestorben ist.“

„Haben Sie wirklich gehört, Sie sollten hingerichtet werden?“ „Das habe ich garnicht genau herausgefunden, das ist schwer zu ergründen.“

„Haben Sie noch andere Sachen gehört?“ „Ja, unten ein paar Wärter sagten, ich hätte schon längst Überbucke verdient.“

Auf der Station hat Pat. geäussert, „wie eine Folterkammer sieht es hier nicht aus“, und diesen Gedanken damit begründet, dass er immer so ein Geklapper und Angstgeschrei gehört hätte. Andere Äusserungen sind: „Die Leute hier thun mir ja nichts,“ und: „Es kommt mir alles so sonderbar vor, ich bin wohl verrückt.“ (Autopsychische Ratlosigkeit.) Gleichwohl hat er sich auf der Station zeitlich und örtlich orientiert gezeigt; nicht so bei der Vorstellung. Hier war er nicht davon abzubringen, dass es sich um einen gerichtlichen Akt handle, obschon er seine Ärzte sah und als solche wieder erkannte und sich auch richtig erinnerte, Prof. W. auf der Station an seinem Krankenbette gesehen zu haben.

Hervorzuheben ist noch, dass auch dieser Pat. eine gewisse Unsicherheit in seinem Urteil verrät, ob es sich bei seinen Angstvorstellungen um gehörte Stimmen oder um eigene Gedanken „(Stimmen des Gewissens)“ handelt.

Die Angst lokalisiert er in Kopf und Herz; sie ist nicht kontinuierlich, sondern nimmt zu und ab. Je geringer der Affekt

gerade ist, desto mehr von seinen Angstvorstellungen erkennt er als wahnhaft; daher die z. T. widersprechenden Äusserungen.

Besprechung: Aufgenommen wurde Pat. am 13. November 1898 und hat von Anfang an auf der Station schwere Angstanfälle gehabt, in denen er laut schreit, so dass er heiser geworden ist, das Bett verlässt und nur schwer zu beruhigen ist. In diesen Aufregungszuständen äussert er neben den oben angeführten nur noch wenig andere, ganz ähnliche ängstliche Vorstellungen: er solle ein Portemonnaie gestohlen haben, er solle ins Gefängnis, solle gemartert werden. Offenbar steht er dann unter dem Einflusse zahlreicher Hallucinationen. Dies sind vorwiegend Phoneme, z. T. desorientierender Natur, und Acoasmen. Doch hat er auch Visionen gehabt, seine Frau und seine Kinder im Sarge liegend, einen Gerichtssaal mit vielen Menschen, einen Turm, den ein dichter Bienenschwarm umkreiste, gesehen. Zu Beginn und auch später wiederholt Zeichen von Beziehungswahn: er werde von einem Schutzmanne beobachtet.

Die Krankheit brach ziemlich akut Ende Oktober aus, nachdem ihm kurz hintereinander zwei Stellungen gekündigt worden waren. Er bekam eine innere Angst und äusserte die Absicht, sich das Leben zu nehmen. Ausser deprimierenden Gemütsbewegungen ist der nachgewiesene Alkoholmissbrauch als ätiologisches Moment aufzufassen.

Diagnose: Alkoholische Angstpsychose, nicht ganz rein wegen der Situationsverkennung. Vielleicht Beimischung deliranter Züge.

Die Prognose ist wegen der das Leben bedrohenden Heftigkeit der Angstanfälle zweifelhaft.

---

10. K . . . . . , Drechsler, 39 Jahre alt.

Klinische Vorstellung am 23. XI. 1898.

Der Kranke, der mit „guten Morgen" grüssend das Auditorium betritt, bietet in seinem Benehmen zunächst nichts Auffälliges. Der Ernährungszustand ist ein schlechter, die Gesichtsfarbe blass. Er reicht dem Prof. die Hand und nimmt auf Aufforderung Platz. Der Gesichtsausdruck hat dauernd etwas mürrisch missmutiges, was sich gegen Ende der Vorlesung noch steigert. Die Antworten erfolgen prompt. Über seine Personalien sowie über die Situation, in der er sich befindet, ist

er genau orientiert, nur den Zweck seines Aufenthaltes in der Anstalt verkennt er, indem er bestreitet geisteskrank zu sein, vielmehr behauptet, zum Zwecke ärztlicher Begutachtung sich hier aufzuhalten.

Abgekürzte Wiedergabe der Unterhaltung:

„Weshalb sind Sie hierher gekommen?“ „Ich wollte ein Attest, und da ich kein Geld hatte zu einem andern Arzte zu gehen, kam ich hierher. Man hat nämlich in der Stadt alles mögliche Schlechte über mich herumgetragen.“

„Wer hat das gethan?“ „Das war meine Nachbarin von unten, die Queisert; die hat gewusst, dass ich das Geld für die Marken durchgebracht habe. Sie hat nämlich in meinem Buche die Marken gezählt, wo der Meister nur 7 eingeklebt hatte, und sagte, sie würde es dem Staatsanwalt anzeigen.“

„Nun, und als Sie nach Verlust ihrer Stellung sich nach einer neuen umthaten, merkten Sie, dass man Sie verleumdet haben müsse?“ „Ja, ich habe dann etwas getrunken; am ersten Abend war ich noch nüchtern; als ich da nach Haus kam, lachten die Mädchen im Hause über mich, und als ich dann in meiner Wohnung das Fenster aufmachte, hörte ich, wie sie unten sagten: »Er merkts.« Am andern Abend kam ich etwas angetrunken nach Haus, da fings an, sich zu entspinnen.“

„Was denn?“ „Da wollten sie mir die Thür einhauen, und sagten, sie würden schon verhindern, dass ich die Sachen der Frau verkaufe. Dann haben sie Bigamie, Bige, gerufen; das dürfe man sagen, das sei nicht strafbar; und dann haben sie von unten heraufgeschrieen, ich hätte Selbstbefleckung gemacht.“

„Also, alle Hausbewohner waren gegen Sie?“ „Ja, schon seit einem Jahre. Zuerst, immer wenn ich betrunken nach Haus kam, hörte ich ein Murmeln im Entrée. Ich sagte es meiner Frau, die glaubte es mir nicht.“

„Das war um die Zeit, als sie den Stock mit ins Bett nahmen?“ „Ja, ich hörte so ein Rumoren auf dem Boden.“

„Stimmen haben Sie damals noch nicht gehört?“ „Nein, die kamen erst später, als meine Nachbarin unten anfing.“

„Was waren das für Stimmen?“ „Es war eine hohe Stimme und die meiner Nachbarin. Später waren es mehr. Da waren es noch die Kutscher, die mit den Mädels im Hause ein Verhältnis hatten. Die wussten alles, was ich dachte; sie müssen mich mit Spiegeln oder

Elektrizität von der Nachbarin aus beobachtet haben. Die Sache war mir rätselhaft, als ichs meinen Freunden erzählte, glaubten sie es nicht. Wenn ich was las, haben die andern es gewusst, wenn ich eine Adresse schrieb, wurde diese von unten heraufgerufen."

„Ja, das ist doch aber unmöglich. Wie können denn die andern gewusst haben, was Sie dachten?" „Ja, wenn sie aufreizende Sachen sagten, dann ärgerte ich mich, und das haben sie gleich gewusst. Denn wenn man einen sprechen hört, macht man sich doch Gedanken. Alle Gegenstände wussten sie; wieviel Geld ich liegen hatte; wenn ich über etwas nachdachte, haben sie es mir gleich gesagt."

„Wie haben die denn aber das gemacht, das geht doch nicht mit Spiegeln? Oder denken Sie an das bekannte Gedankenlesen?" „Nein. Aber man macht doch beim Denken Bewegungen mit Mund und Augen; das müssen sie beobachtet haben, mit Spiegeln oder mit Elektrizität oder so."

„Sie haben doch auch gehört, dass man Sie vergiften wollte?" „Das habe ich bloss hier gehört, aber ich weiss natürlich, dass das nicht wahr ist; das haben bloss die beiden Mädel oben gesagt."

„Wo sind die Mädchen?" „Wenn ich unten bin, über mir im ersten Stock."

„Haben Sie sie jetzt, als Sie warteten, im zweiten Stock auch gehört?" „Ja, da sind sie auf dem Boden."

„Hören Sie sie jetzt auch?" (lauschend) „Ja."

„Sagen Sie mir, was Sie jetzt hören?" (lauschend) „Jetzt habe ich nicht genau verstanden. Wenn der Arzt da ist, machen sie es nicht."

„Nun, geben Sie sich nur Mühe!" (lauschend) „Schweinhund . . ., Parchkopf . . . , Abwichser . . . , Spitzbube . . . jetzt ist es wieder dasselbe."

Die beiden jungen Mädchen, die nach seiner Ansicht so schimpfen, kennt der Kranke nicht. Er habe wohl einmal im Garten eine schwarze und eine junge blonde gesehen, wisse aber nicht genau, ob die es sind. Er hat auch gemerkt, dass die hier die Markengeschichte verbreiten.

„Ausserdem haben Sie sich nichts vorzuwerfen?" „Nein, und auch das mit den Marken hab ich schon geordnet. Ich habe einen Anzug versetzt und die Marken eingeklebt."

„Wie werden Sie hier behandelt?" „Nicht zum Besten. Die Mädchen lassen einen ja nicht schlafen. Sie sagen, ich muss damit zufrieden sein, das muss so gemacht werden."

„Wie sind die Wärter?“ „Die sind gut. Nur muss ich mir alles erbetteln, der eine giebt mir den Kamm nicht, dann spucken sie vor mir aus. Manchmal geben sie mir kein Essen, dann ist das Brot schlecht geschmiert; und das künden sie mir vorher an. Der eine sagt: heut giebts kein Frühstück. Die Ärzte sind auch so; die habe ich schon Schweinhund sagen hören. Auch der neue hat es schon so gemacht.“

„Deshalb sind Sie auch so mürrisch?“ „Nun, wenn man immer so ausgestopft wird.“

„Haben auch die andern Kranken solche Redensarten gemacht?“ „Die sind auch so; sie geben immer verkehrte Antworten; bis jetzt habe ich noch mit keinem sprechen können. Sie hören immer, was im Zimmer über mich gesagt wird.“

„Hören die Ärzte das auch?“ „Ja.“

„Und Ich?“ Sie werden es wohl auch gehört haben.“

„Warum werden Sie denn verfolgt?“ „Weil ich vielleicht mehr verdient habe, aus Neid. Beleidigt habe ich doch niemanden. Aber es kann auch anders sein. Von der Nachbarin geht alles aus.“

„Haben Sie sich nicht an die Polizei gewendet?“ „Ich wusste nicht genau, wie es möglich ist, und wollte nicht die Anklage erheben, bis ich bestimmte Beweise hätte.“

„Wie stellen Sie sich denn vor, dass Mädchen auf die Männerabteilung kommen, die doch über Ihrem Zimmer ist?“ „Mit den Mädchen verstehe ich das auch nicht; es können Töchter von einem, der hier im Hause wohnt, sein.“

„Sie haben ihre Frau zweimal ins Gesicht geschlagen, als sie Sie besuchte, und, was sie Ihnen mitbrachte, ins Kloset geworfen?“ „Nun eben wegen desselben Quatsches, der haben sie auch die Gedanken gemacht. Der ist eingegeben worden, dass ich Chokolade gern ässe, und das ist doch nicht wahr.“

„Sie werden hier auch elektrisiert?“ „Ja, auch von den Mädchen. Ich merke es im Körper; es geht auf einen bestimmten Körperteil und die Schmerzen verbreiten sich dann weiter, auf den Kopf, aufs Kreuz, auf die Geschlechtsteile.“

„Haben Sie auch Angst?“ „Nein, aber der Quatsch wird einem lästig.“

„Aber früher hatten Sie Angst?“ „Ja.“

„Was war eher da, die Angst oder die Stimmen?“ „Die Stimmen.“ „Sie haben auch versucht, sich das Leben zu nehmen?“ „Ja, ich wollte in die Oder gehen.“

Besprechung: Pat. ist am 26. Juni d. J. akut erkrankt aufgenommen worden. Seine gegenteiligen Angaben sind wahrscheinlich auf vorangegangene abortiv delirante Zustände zu beziehen.

Typisches Beispiel von akuter Hallucinose. Diese der akuten Angstpsychose nahe stehende Krankheit unterscheidet sich von ihr

1. durch den ganz akuten Ausbruch, wobei die Stimmen als das Primäre angegeben werden, die Angst als darauf folgend. (Ganz gewöhnlich Selbstmordversuche.)
2. Durch das Überwiegen allopsychischer Angstvorstellungen und des Beziehungswahns.
3. Durch das kontinuierliche, nicht fluktuierende Krankheitsbild.
4. Durch die sehr rasche Systembildung, die früher als ein Zeichen der Unheilbarkeit angesehen wurde. Die Ätiologie ist für einen Teil der Fälle Alkoholismus, für andere ganz identische Fälle sicher nicht alkoholistisch.

Die Prognose ist günstig bis auf die Gefahr der Recidive.

---

11. Franziska G . . ., Tabakarbeiterfrau, zuletzt Hausbereinigerin, 45 Jahre.

Klinische Vorstellung am 23. XI. 1898.

Kleine schwächliche, über ihre Jahre gealtert aussehende Frau in gebückter Haltung mit runzlichem Gesicht. Kommt ausser Atem weinend herein, wendet sich erst nach links, dann nach rechts, trippelt ziemlich schnell auf den Prof. zu.

Während der ganzen Vorstellung ist Gestikulation und Mienenspiel lebhaft. Sie spricht fast ununterbrochen, die Sprache ist energielos, leise, dabei undeutlich und zuweilen bis zur Unverständlichkeit verwaschen. Die Stimme ist heiser und tremolierend und versagt zuweilen ganz, es resultiert dann ein tonloses Flüstern.

Auffallend ist der häufige Wechsel der Ausdrucksbewegungen; so wechselt die Blickrichtung fortwährend, als ob die Aufmerksamkeit der Pat. bald hierhin, bald dorthin gelenkt würde. Mehrmals bricht sie plötzlich in Weinen aus, vergräbt das Gesicht in dem auf den Tisch gelegten Arm. Schon nach wenigen Augenblicken giebt sie diese Attitüde auf und nimmt eine gleichgültige oder heitere Miene an.

Ebenso schnell wechselt der Inhalt des Gesprochenen; was sie spricht, ist offenbar Reaktion auf vorgestellte Situationen, die einander

schnell ablösen. Dadurch wird ihr Gerede meist zusammenhangslos, sie bricht ab, setzt zu einer neuen Äusserung an, um sie wieder nicht zu Ende zu führen. Von der wirklichen Umgebung nimmt sie keine Notiz, ist auch nur durch wiederholtes und eindringliches Fragen zu fixieren; dann zeigt sie, dass sie die Frage verstanden hat, geht auch vorübergehend darauf ein, um bald wieder (offenbar durch innere Vorgänge abgelenkt) auf anderes abzuschweifen. Die Übergänge von einem Verhalten zum anderen häufig eingeleitet durch ein, mit dem Ausdruck der Überraschung ausgestossenes „Ach".

Äusserungen der Pat.

(Weinend): „Also jetzt werden wir abgerichtet — ich soll kommen — jetzt kriege ich hier . . . . jetzt bin ich Haushälterin . . (lachend): Max-Max-klinik, nun kann ich gehen. Auf welche Nummer komme ich denn? Ich gehe jetzt ins Spital." (Sie greift sich an den Hals).

„Was ist denn da am Halse?" Pat.: „Ich soll nicht mehr mit Spiritus . . ."

„Damit meint sie vermutlich Paraldehyd, das sie zum Schlafen bekommen hat." Pat.: (schon während der Rede des Professors) „Bin verhärtet, da muss ich das nehmen (sieht ihre Finger an).

„Kennen Sie mich?" Pat.: „Wir haben nichts gekauft, (weint) er soll die Scheibe bald abtragen, denn wir sind nicht sicher, (nachsinnend) jetzt habe ich vergessen — Gott sei Dank, jetzt geben Sie mir eine andere Bettstelle, die taugt nicht mehr." (Wendet sich vom Professor ab).

„Wer bin ich?" Sie wird energisch und wiederholt vom Prof. beim Namen gerufen. „Ach Sie sind der Mann?" (hat dabei den Ausdruck des Wiedererkennens).

„Wer bin ich?" „Ach Sie sind derselbe in der neuen Weltgasse — dann kriegen Sie das Geld und die Uhr hat mir der Mann geschenkt." (Dreht sich um.)

„Wie alt sind Sie?" Pat.: (nicht darauf hörend) „Sie wollten doch das Haus sehen, ach da sind ebensolche Abtritte, wo die Frau . . . . ach! der Frau ist der Mann gestorben."

„Wie alt sind Sie?" Pat.: „Ich bin am 13. Dezember 45 geworden."

„Wo wohnen Sie?" Pat.: „Da liegt alles drüben" (springt auf).

„Wo Sie wohnen?" Pat.: „Ich zieh aus, wenn ich werd gesund sein. Man soll mir was zu gurgeln geben, alles mit Spiritus

der Kopf und alles hier ist ein Fräulein — ach spricht die, die ist in der Irrenanstalt" (bricht in kurzes Weinen aus).

„Was ist denn mit Spiritus?" „Ach alles mit Spiritus. Fragen Sie mal den Kutscher. Ach, wir haben nicht kochen können, (weinerlich) heute muss ich ein Pfund Fleisch holen und der Kerl hat mir neue Schuh gebracht. Ach, mein Mann hat nämlich zwei Paar zu kriegen . . . . . Ich habe doch gearbeitet."

„Wo haben Sie gearbeitet?" „Wie heisst der?" Jetzt werde ich besser sprechen. Da spricht meine Mutter . . . ., da kriegte ich meinen Zettel in der Stickerei holen.

„Wo wohnen Sie?" „Ich? In 50 gewohnt."

„In welcher Strasse?" „Friedrichwilhelmstrasse."

„Was ist Ihr Mann?" „Nun Sie sehen ja (weinend) der Kerl hat ihn zerschlagen und ich war nicht zu Hause. Jesus — wahrhaftig vom Kaiser ist er hergekommen . . . . . dass die Dinge weg sollen, aber ich bin Keine . . . . . und dann kommt das Irrenhaus in Leubus ich gehöre nicht dahin . . . . . und da soll ich bei Herz und Ehrlich die Kaffeebüchse holen . . . die verfluchte Lerge und der, ach der kriegt noch das Lohn, der arbeitet in der Ölfabrik, morgen setzen sie's in die Zeitung."

„Wer bin ich?" „Der Hauswirt. Sind Ihnen welche Miete schuldig?"

„Was sind das für Herren?" „Ich kann nicht sprechen, der hat mir doch den Korb genommen, das kann ich ja nicht alles tragen, (lachend) und mein Mann kriegt ein Begräbnis und eine Steppdecke (weinend) ich habe schon Angst, dass er stirbt (wieder gleichgiltig) da bringen Sie mir Erde in den Saal."

„Was sind das für Herren?" „Ich werde es Madame erzählen. Wo ist denn der Herr, der mir das gethan hat. Ich kenne ihn gar nicht."

„Was ist das für ein Haus?" „Ich weiss es nicht, ich kann doch nicht sprechen, (weinend) das ist von dem Spiritus.

„Was für ein Haus?" „Ich kann nicht sprechen, ich wäre ja bald erstickt. Ach Gott, wo ist denn mein Mann. Ach Gott, da soll ich 1 Pfund Rindfleisch bei dem Schlächter holen, aber das werde ich d a n n holen."

„Ist das ein Irrenhaus?" „Nein, der Frau Franken gehts schlecht, aber ich weiss die No. nicht."

„Sind Sie mit der Behandlung zufrieden?" „Ja. Nein, ich weiss

doch nicht, was das für ein Haus ist. Ich bin ja noch nicht hier gewesen, wer ist denn der Herr?“ (nach der Seite deutend). Steht auf, stellt sich neben den Professor, und sagt in vertraulichem Tone zu ihm: „Ich bekomme einen Überzieher und der Karl bekommt ein Buch.“

Frage nach der Jahreszahl wird nicht berücksichtigt.

Sie folgt schliesslich nur widerstrebend dem sie an den Händen herausziehenden Arzte.

Besprechung: Deliranter Zustand im Verlauf einer progressiven Paralyse. Für Paralyse beweisend: die schwere Sprachstörung, der Tremor der Stimme und der Hände während der Demonstration. Ferner die Anamnese, wonach seit einigen Monaten Gedächtnisschwäche, ausserdem Sprachstörung, Schwäche der Beine, also Erscheinungen von Seiten des Projektionssystems, dem Ausbruch der Psychose vorangegangen sind. Aufnahme am 13. November 1898. Von Anfang an Rededrang.

Der delirante Zustand ist hier gekennzeichnet durch Verkennen der Aussenwelt bei — soweit Pat. zu fixieren ist — richtigen Angaben über Personalien, ferner durch andauerndes Auftauchen von lebhaften Erinnerungen an erlebte Situationen, die sich fortwährend untereinander ablösen, vereinzelt auch Hallucinationen, meist ohne sichtlichen inneren Zusammenhang. Ähnlich verhält sich das Fieberdelirium. Aus dem wirren Gespräch ist zu entnehmen, dass Pat. vorwiegend mit ihrer Thätigkeit als Hausbereinigerin und mit einigen affektvollen Erlebnissen, mit Mann und Nachbarschaft beschäftigt ist.

Die Heiserkeit — Folge ihres Rededranges — erklärt die geäusserten hypochondrischen Gefühle am Halse.

Prof. W. betont das häufige Vorkommen deliranter Zustände bei der progressiven Paralyse.

---

12. L . . . . ., Hutmacher, 40 Jahre.

Klinische Vorstellung am 26. XI. 1898.

Blasser, missmutig und verstimmt aussehender Mann, kommt geordnet herein, nimmt Platz. Er kennt den Prof., zeigt sich über Ort, Zeit, Situation, Zweck seines Hierseins und der Demonstration vollkommen orientiert. Er fasst alle Fragen prompt auf und antwortet nach Form und Inhalt korrekt.

Über den Anlass zu seiner Internierung äussert er sich folgendermassen: Er habe seit zwei Jahren viel getrunken. In betrunkenem Zustande müsse er wohl in einem Laden gebettelt haben, was er garnicht nötig hatte. Er sei zwar heruntergekommen und habe durch sein Laster eine seiner besten Stellungen verloren, aber zum Betteln hatte er keine Veranlassung. Er bekam dafür drei Tage Haft. Vor Gericht schlug er ohnmächtig zu Boden infolge Schwindelanfalles und verlor viel Blut aus der Nase. In der Nacht darauf habe er Gestalten, resp. Erscheinungen gesehen: Kaffeekannen, Semmeln, wenn er danach griff, waren sie verschwunden (Tiere gesehen zu haben stellt er ausdrücklich in Abrede). Man glaubte, das Delirium begänne. Indess ist nichts Derartiges wieder aufgetreten. Der Vorgänge bei seiner am 24. IX. erfolgten Aufnahme erinnert er sich ganz genau. Auch, dass er damals genau gewusst habe, wo er sich befände und was mit ihm geschähe.

„Was haben Sie denn jetzt für Beschwerden?“ „Nur Angst und Beklommenheit. Sonst nur noch etwas Schmerzen im Bein. Das sind Reste von Ischias, die ich zweimal in letzter Zeit gehabt habe. Der Arzt im Hospital sagte mir, das käme auch vom Trinken.“

Die Angst sitze im ganzen Körper, besonders in der Brust. (Er legt die Hände zu beiden Seiten des Thorax und macht die Bewegung des Zusammenpressens.)

„Wenn Sie Angst hatten, kamen Ihnen dann bestimmte Gedanken?“ „Ja“.

„Was für Gedanken?“ „Na, dass es nicht mehr gehen wolle, auf deutsch gesagt Selbstmordgedanken. Wäre ich nicht hierhergekommen, lebte ich nicht mehr.“

„Haben Sie Ihre Angst gezeigt?“ „Ich habe nur innerlich Angst gehabt.“

„Kam Ihnen hier die Vorstellung, man wolle Ihnen hier was thun?“ „Nein.“

„Wie war die Behandlung?“ „Gut.“

„Haben Sie Beleidigungen, Sticheleien erfahren?“ „Nein, aber ich selbst habe mir Vorwürfe gemacht, dass ich die Familie zu Grunde gerichtet habe. Da sagte ich mir, lieber nehme ich mir das Leben. Ich hätte charakterfester sein sollen mit dem Trinken.“

Giebt an, seit zwei Jahren täglich im Durchschnitt für 50 Pfg. Schnaps getrunken zu haben.

„Machen Sie sich denn jetzt noch so schwere Vorwürfe?“ „Jetzt habe ich mich über all' das hinweggesetzt und sehe es ruhiger an.“

„Ist die Angst jetzt weg?“ „Hin und wieder, wenn ich darüber nachdenke, kommt sie wieder, aber es ist bedeutend besser.“

„Wie ist der Appetit?“ „Schlecht.“

„Wie ist der Schlaf?“ „Erst schlief ich nur mit Schlafmitteln, ich hatte so wirre Träume, die haben sich jetzt gelegt. Ich habe jetzt den festen Vorsatz, nicht mehr zu trinken.“

Besprechung: Die Zunge ist noch belegt. Es besteht geringer Tremor. Pat. schläft und isst jetzt gut, aber das Körpergewicht hat noch nicht zugenommen. Erst wenn dies der Fall ist und die Magenverstimmung vorüber ist, kann der Mann entlassen werden. Es ist ein Fall von abortiver Angstpsychose alkoholistischen Ursprungs. Es wäre falsch hier nur von einer Neurose zu sprechen, denn nicht nur das verkehrte Sprechen und Vorstellen, sondern vor allem das verkehrte Handeln macht die Psychose aus, und hier war es ohne Zweifel Aufgabe der Irrenanstalt, den Selbstmord zu verhüten. Als abortive Angstpsychose ist der Fall deshalb zu bezeichnen, weil die Angstvorstellungen nur dem schwächeren Grade der Krankheit entsprechen, indem sie ausschliesslich autopsychisch waren und sich niemals in Phoneme gekleidet haben.

Die Angaben des Kranken über sein Verhalten zur Zeit der Aufnahme werden durch die Krankengeschichte bestätigt, so dass also nur abortive Symptome eines Delirium tremens vorangegangen sind.

---

13. Luise H....., Wittwe, 57 Jahre.

Klinische Vorstellung am 26. XI. 1898.

Erste Aufnahme 27. VI. 1892. Letzte Aufnahme 6. XI. 1897.

Die Kranke befindet sich in gutem Ernährungszustande, ihre Gesichtsfarbe ist blass, die Haare völlig ergraut. Ihr Benehmen bietet nichts Auffälliges. Die Antworten erfolgen prompt, und ist ihre Ausdrucksweise auch bisweilen sonderbar ungelenk, so dürfte das an dem Bildungsgrade liegen, der dem schwierigen Unterhaltungsstoffe nicht recht gewachsen ist. Über Personalien und Situation ist sie völlig orientiert. Nachdem Pat. auf Aufforderung Platz genommen, entspinnt sich folgende Unterhaltung:

„Gehören Sie ins Irrenhaus?“ „Vielleicht, vielleicht auch nicht. Wenn ein anderer Grund mir könnte gesagt werden, könnte ich wohl auch draussen sein.“

„Wie meinen Sie das?“ „Darf ich mich aussprechen? Ich bilde mir ein, ich bin von vorneherein belogen und betrogen worden. Ein Betrug ist an meinem Kopfe gemacht worden. Es ist mir das Gehirn mit Gift, ahne ich, zusammengezogen worden oder irgend eine Öffnung (Pat. deutet nach den Ohren) zugemacht worden; so bilde ich mir wenigstens ein.“

„Hören Sie denn nicht?“ „Ja, aber nicht das, was die andern hören.“

„Was hören denn die?“ „Meine Gedanken.“

„Wie ist denn das möglich?“ „Ja, ich kann mich nicht näher aussprechen, ich finde die rechten Worte nicht. Es giebt vielleicht auch andere Bezeichnungen dafür. Und dann ist noch das zweite, mir ist doch in der Schule gesagt worden, dass nur Gott allwissend ist, nun erkenne ich aber, dass alle Menschen allwissend sind; oder ich will nicht grade sagen allwissend, aber wenn man die Gedanken von andern Menschen lesen und hören kann, dann ist das doch was ähnliches. Gott weiss ja noch mehr.“

„Lesen die andern Ihre Gedanken oder hören sie sie?“ „Sie hören sie. Es ist mir schon oft gegangen, dass ich dachte, ach Gott, ach Gott, wenn man doch nur meine Gedanken nicht mehr hörte, da meine Gedanken damals unecht waren, oder ich will sagen, sie waren vermischt und nicht die richtigen.“

„Haben Sie selber Ihre Gedanken gehört?“ „Nein, ich darf aber nur etwas denken, da kommen andere Menschen schon herein und machen es. Sie kommen herein oder gehen heraus, sie bewegen sich so und husten.“

„Ist das denn möglich?“ „Ja, ich weiss nicht. Ich kann mich deswegen an andere Menschen nicht anschliessen und möchte immer am liebsten allein in einem Stübchen für mich sein. Ich bin sehr unglücklich darüber.“

„Ist das auch der Grund, dass Sie früher einen Selbstmordversuch gemacht haben?“ „Ja, ich hätte aber vielleicht selbst, davon abgelassen, weil es mir so weh that.“ (Pat. hat zwei Jahre vor ihrer ersten Aufnahme versucht, sich zu erhängen. Der Strick ist aber gerissen.)

„Jetzt wollen Sie sich nicht mehr das Leben nehmen?“ „Nein, ich bin ja auch schon 4 Jahre für mich allein gewesen, nach meinem Manne.“

„Der ist gestorben?“ „Ja, darüber bin ich im Zweifel. Er hatte so rote Backen als er im Sarge lag; und ich habe ihn auch nachträglich wieder gesehen.“

„Sie haben ihn wirklich gesehen?“ „Zwar nicht genau, er kam aus dem Dienste: das eine Mal hat er meinen Namen gerufen, und so deutlich.“

„Stimmte denn alles? War er auch ebenso gross?“ „Ja, er ging auf dem entgegengesetzten Trottoir.“

„Wie oft haben Sie ihn gesehen?“ „Zwei Mal, das andre Mal im Hofe.“

„Wie hat er gerufen?“ „Luise; es war aber, als wenn er durch einen Kamm spräche.“ (Trotzdem hat sie seine Stimme erkannt.)

„Lebt also Ihr Mann noch?“ „Ich bin im Zweifel. Es ist ihm ja auch von vorneherein bestimmt gewesen, dass er nicht sollte mit mir durchs Leben gehen, weil ich so eine Dummheit war.“

„Was heisst das, eine Dummheit war?“ „Weil ich das nicht weiss, was die andern wissen, und da kann ich auch nicht so handeln.“

„Andre Beschwerden haben Sie nicht?“ „Nein, wenn ich das nur hätte, was die andern haben.“

„Sie werden doch hier aber für krank gehalten?“ „Ja, ob das aber das Richtige ist? Wenn von den Behörden eine Bestimmung ausginge, so dass die andern durch meine Gedanken nicht gestört würden, könnte ich wohl auch bei meinen Geschwistern leben.“

„Sind denn Ihre Gedanken so schlecht?“ „Nein, aber vermischt und früher waren sie doch echt. Ich glaube, dass mir Gift gegeben ist, und das hat mich so zerstört.“

„Sie sagten doch, das war von vorneherein, Sie sind schon so geboren worden?“ „Ja, das kann ich auch nicht genau sagen.“

„Haben Sie denn einmal als Kind die Gedanken anderer gewusst?“ „Nein, das muss mir eben schon vorher zugefügt worden sein, ehe ich meinen vollen Verstand bekam, im zweiten, dritten Jahre. Dafür spricht auch, dass ich als Kind immer an einem bösen Kopf und bösen Augen gelitten habe. (Pat. hat in der That Hornhautflecken.)

„Von wem glauben Sie denn, ist Ihnen das gemacht worden?“ „Von zwei Ärzten.“

„Waren das Ihre Feinde?“ „Das weiss ich nicht, vielleicht wollten sie auch mein Bestes. Das ganze Land war damit einverstanden, Berlin und alle haben doch ihr Wort dazu gegeben.“

„Also die ganze Welt interessierte sich für Sie? „Nein, nur Deutschland."

„Sind Sie denn eine so bedeutende Persönlichkeit?" „Nein, eine so geringe, denn sonst würde ich den Fehler nicht haben."

„Wie werden Sie hier behandelt?" „Jenachdem. Wenn ich an alles Gute dachte, und die Wärterinnen für mich geehrt und gelobt habe, haben sie mir Gutes gethan. Aber das ging doch nicht immer. Da bin ich hinausgelaufen aufs Kloset, da ist mir die Wärterin gleich nachgekommen und hat die Frau Kr. (eine andre Kranke) geholt und gesagt: Hier haben Sie sie." (Reminiscenz an ein Erlebnis, wo sie vermeintlich schlecht behandelt worden ist.)

„Hören Sie Stimmen?" „Nein."

„Sie haben doch früher gehört, wie die Nachbarn über Sie geredet haben?" „Sie haben halt über alles gesprochen, wenn ich was gethan habe. Ich bilde mir ein, dass sie mir das Essen aus der Platte rausgenommen haben. Wenn ich gutes Fleisch angesetzt hatte und ging aus der Küche heraus, dann war es nachher ganz schlecht und zerrig. Und meine Wäsche haben sie mir beschmutzt und ihre eigene dazu gethan, ich glaube, ich habe immer für alle im Hause gewaschen."

„Haben Sie nicht auch gehört, dass man Ihnen was thun wollte?" „Das weiss ich nicht genau."

„Wie ist Ihr Gedächtnis?" „Mitunter gut, mitunter vergesse ich alles unter der Hand."

Besprechung: Nach Ausweis der Krankengeschichte hat Pat. früher sehr bestimmt geäussert, dass sie zwei Arten von Gedanken habe. Die eine Art wären ihre eigenen, die anderen wären ihr vollständig fremd und würden ihr gemacht. Z. B. sei ihr, als sie einmal bei der Schneiderin war, das Wort Hure eingekommen, ein ander Mal ein Schimpfwort gegen ihre Mutter. Da sei die Mutter von ihr weggegangen. Jetzt giebt sie wohl die Möglichkeit, dass es so gewesen sei, zu, kann sich aber angeblich nicht genau erinnern. Auch viele andere obscöne Gedanken sind ihr damals eingekommen, besonders solche, die sich auf geschlechtliche Dinge bezogen. Sie hat damals die charakteristische Äusserung gemacht, jetzt auf ihre alten Tage solle sie sich mit den grauenhaften Redensarten quälen, wo sie doch schon lange nicht mehr mit ihrem Manne verkehrt hätte. Doch bezeichnet sie noch jetzt ihre Gedanken als vermischt, worunter

sie zu verstehen scheint, dass neben richtigen Gedanken auch solche auftauchen, die sie unrichtig findet (unecht nach ihrer Ausdrucksweise).

Pat. sieht ihrem Alter entsprechend und nicht unintelligent aus. Ihr Allgemeinbefinden ist gut, bis auf gelegentliche Erregungszustände, die im Anschluss an Beziehungswahnvorstellungen auftreten. In diesen immer nur wenige Tage dauernden Zeiten besteht nachweislich auch allopsychischer Beziehungswahn und wahrscheinlich auch Phoneme entsprechenden Inhalts. Pat. glaubt dann, ihr Bettzeug und ihre Kleider werden vertauscht, sobald sie sich einmal wegwendet, auch beschmutzt mit einer Salbe, die von einer Mitpatientin gebraucht wird, wie sie durch den Geruch zu konstatieren glaubt. In solchen Zeiten der Erregung tauchen auch Grössenideen auf, denen sie mit halber Kritik gegenübersteht, so z. B. muss sie daran denken, dass sie wohl die „kleine Königin" eines Kinderliedes sein könnte, das ihr grade einfällt, und zwar weil sich alle so nach ihr richten. Bald darauf behauptet sie dann wieder, das sei nur Spass gewesen. Abgesehen von diesen Episoden schläft und isst sie gut und verhält sich in allen Dingen geordnet.

Die Anamnese ergiebt, dass Pat. seit der Zeit der Menopause, d. h. ihrem 46. Lebensjahre krank ist. In der ersten Zeit ihrer Krankheit herrschten allopsychische Beziehungswahnideen vor, welche sich hauptsächlich auf ihre Nachbarschaft und ihren Mann bezogen, sicher auch mit Hallucinationen einhergingen und alle Monate 2—3 Tage lang zu heftigen Erregungszuständen mit Schimpfausbrüchen führten, möglicherweise entsprechend der Zeit der zu erwartenden Menstruation. In einem solchen Anfalle ein Selbstmordversuch durch Erhängen mit zurückbleibender Strangulationsmarke. Das Allgemeinbefinden, Schlaf und Ernährung nie beeinträchtigt. Erste Aufnahme 1892, wo bis auf damals sehr auffällige autochtone Ideen das Krankheitsbild schon genau das gleiche war wie jetzt. Sie hat dann mit zeitweiligen Unterbrechungen durch Anstaltsaufenthalt, selbständig draussen existieren können. Schwere erbliche Belastung, indem sowohl die Mutter als eine Nichte (Tochter der Schwester der Mutter) unheilbar geisteskrank waren.

Diagnose: Stabiler Zustand, chronischer oder subakuter Entstehung, wesentlich bestehend in generalisiertem autopsychischem Beziehungswahn. Eine weitere Einsicht in dieses Symptom ist nicht zu erlangen, doch besteht die Möglichkeit, dass die autochtonen

Gedanken das Primäre dabei sind. Die allopsychischen Symptome wesentlich nur in den Exacerbationen und in der etwas akuter gefärbten Entstehungszeit der Krankheit. Die eigenen Angaben der Kranken über ihre Kinderzeit beruhen auf Erklärungswahnideen und Erinnerungsfälschungen. Die abenteuerliche Vermutung, dass der Mann noch leben könnte, und die entsprechenden Illusionen sind vielleicht nur als Folge des erschütterten Glaubens an die natürliche Weltordnung zu deuten. Bis auf die (der Pat. selbst bekannte) Gedächtnisstörung keinerlei Zeichen seniler Geistesstörung.

---

14. Lina D. . . . . ., 22 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. XII. 1898.

Die Kranke, ein schlecht genährtes Mädchen von blasser Gesichtsfarbe, belebtem, nicht dementem Gesichtsausdruck nimmt auf Aufforderung Platz, nachdem sie dem Prof. eine Verbeugung gemacht hat. Ihr ganzes Benehmen, auch der Ton ihrer Stimme verrät, dass sie, wie auch einige ihrer Äusserungen zeigen, sich für etwas besonders Feines hält oder doch dafür gelten will. Sie antwortet auf alle Fragen sofort, aber ganz leichthin und ohne sich zu besinnen, was ihr gerade einfällt. Dabei schweift sie gern von den Fragen ab und konfabuliert meistens in der Richtung der Selbstüberschätzung. Ihre Ausdrucksweise hat dabei hin und wieder etwas komisch unfertiges, ausgesprochen backfischartiges, oder erinnert auch gradezu an die Briefe des berühmten ewigen Quartaners Karlchen Miesnik.

Ergiebt sich hieraus, dass sie aus eigenem Antriebe immer nur das ihr zunächst Liegende denkt und spricht, so zeigt sich andererseits, dass, wenn sie durch Fragen zu einem geordneten Gedankengange veranlasst, z. B. über ihre in der Schule erworbenen Kenntnisse geprüft wird, ihr ein Ziel bewusstes sicherinnern geradezu Beschwerden macht. Sie wird bei solchen Prüfungen leicht unwillig und hat gelegentlich Äusserungen gethan, die hierfür beweisend sind.

Über ihre Personalien ist sie orientiert, auch die augenblickliche Situation beurteilt sie richtig. Ihre Zeitangaben aber sind höchst ungenau.

Auf die Frage nach ihrem Aufenthalt in der Brieger Irrenanstalt, stellt sie diesen so dar, als ob sie sich dort freiwillig und in hervorragender Stellung befunden hätte. Sie spricht davon, dass man ihr

besondere Ehren erwiesen hätte, dass man ihre Wohlthätigkeit in Anspruch genommen hätte, als ob sie die Kaiserin wäre, dass die Kaiserin zeitweilig selbst dahin käme. An der Behandlung hat sie wesentlich auszusetzen, dass man ihr zugemutet hätte, mit so gewöhnlichen Leuten zusammen zu sein und den Wärterinnen in ihrem Dienst zu helfen.

„Sie haben die höhere Töchterschule besucht?“ „Ja.“

„Wie weit sind Sie gekommen?“ „Bis zur zweiten Klasse.“

„Da wissen Sie wohl noch sehr viel?“ „Ja, ich habe ein französisches Buch gehabt, aber ich kann es auch nicht mehr. Die französische Sprache weiss ich auch nicht mehr so; das ist auch nicht nötig, die ist nur für das gewöhnliche Pack, aber für die französischen Geheimnisse interessiere ich mich, die weiss ich.“

„Waren Sie mal in Frankreich?“ „Ja, in Paris war ich, aber nur 8 Tage, als mein Grossvater gestorben war. Meiner Mama hat es schon leid gethan, dass ich immer bei gewöhnlichen Leuten war; da hat sie mich mitgenommen. Da bin ich auf den Kirchhof gefahren und habe einen Kranz aufs Grab gelegt.“

„Weshalb feiert man Weihnachten?“ „Weihnachten ist mehr ein Fest für die Armen, so ein bemitleidenswertes Fest.“

„Nun aber Ostern?“ „Ostern ist viel schöner, zu Hause habe ich immer Ostern gefeiert.“

„Sie sind doch jüdisch?“ „Nein, evangelisch.“

„Aber Sie sind doch jüdisch geboren?“ „Ja.“

„Sind Sie übergetreten?“ „Ja, konfirmieren konnten sie mich nicht, ich war schon zu alt, und da sagte der Herr Pastor, ich sollte gleich das heilige Abendmahl nehmen.“

„Ich glaube die ganze Sache nicht.“ „Aber ich bitte Sie, Herr Professor, ich werde doch nicht lügen.“

„Das glaube ich nicht, dass sie lügen, aber es ist nicht richtig. Wissen Sie nicht, dass Sie zuerst hier nicht assen, weil sie nur rituell essen wollten?“ „Ja, da kam das Essen mal nicht zur rechten Zeit.“

„Weshalb wird Ostern gefeiert?“ „Nun es ist das Fest der heiligen Kirche.“

„Wissen Sie was von Deutschland?“ „Ja, ich weiss, Deutschland ist sehr schön, es liegt an mehreren Flüssen und Meeren, an der Donau, der Elbe, der Weser, der Oder, an der Nordsee und an der Ostsee.

„Haben Sie was von den Alpen gehört?“ „Die sind viel höher als das Riesengebirge. Da sind ja so gesunde Wohnungen, überhaupt an den Abhängen; da bauen sie wieder eine Restauration und haben Schienen hinaufgelegt.“

„Was kennen Sie für Religionen?“ „Evangelisch und freireligiös.“

„Unterschied zwischen christlich und jüdisch?“ „Die Christen sind etwas feiner, die Juden sind etwas reicher als die Christen.“

„Haben Sie vom Abgeordnetenhaus gehört?“ „Ja, ich kenne einen, er heisst Fürst Bismarck und Herbert Bismarck; der Fürst ist Reichskanzler, sein Sohn Abgeordneter.“

„Was ist der Reichstag?“ „Ja, davon habe ich mir alle Tage die Blätter vorlesen lassen. Die Herren lachen dort immer so, da geht es sehr heiter zu. Graf Moltke spricht da, und die Söhne vom Kaiser. Die sind selbst sehr angenehm. Ich kenne sie sehr genau.“

„Wirklich?“ „Ich habe mal von ihnen gelesen und sie mir genau vorgestellt.“

„Wer steht an der Spitze von Deutschland?“ „Der Kaiser.“

„Von Preussen?“ „Der Kaiser Friedrich. Prinz Heinrich steht an der Meeresspitze.“

„Unterschied zwischen Preussen und Deutschland?“ „Preussen ist nicht mehr so fein, zu Deutschland da kommt schon Baiern hinzu. Die Preussen können sich schämen in Kamerun; es ist so langweilig in Preussen, wie ausgestorben. Ich habe schon ausgesehen wie ein Schatten, so langweilt man sich in Preussen.“

„Unterschied zwischen Stadt und Ort?“ „Eine Stadt ist z. B. Berlin. In der Stadt sind doch wenigstens ein paar Cafés. Stadt ist sehr schön, da bin ich auf der Pferdebahn herumgefahren.“ „Nun und Ort?“ „In einem Ort wohnen lauter Frauen. Es giebt eine Stadt Frankfurt am Main, da wohnen lauter noble Damen.“

„Dorf und Stadt?“ „Dorf, ach Gott, was hat man denn im Dorfe, ein Stück Land, in der Stadt sind Strassen und Häuser.“

„Nun und Ort?“ „Ort, ein Ort? ein Badeort vielleicht.“

„Weiter wissen Sie keinen Unterschied?“ „Nein.“

„Berg und Gebirge?“ „Berg kann doch nicht so hoch sein, ist doch nicht so kolossal hoch. Ein Gebirge ist 20 mal so gross.“

„Provinz und Land?“ „Das Rheinland z. B. hat sehr viel Wein. Provinzen taugen alle nichts, Provinz Schlesien taugt schon nichts. Im Rheinlande da wächst wenigstens noch der Wein.“

„Warum fliesst ein Fluss?“ „Weil er so gross ist. Das Wasser ist doch nicht fest wie meine Schürze. Auf dem Berge ist doch so viel Schutt und Geröll, das in den Fluss fällt.“

„Sie meinen, davon fliesst das Wasser?“ „Ja, die Kunst muss es zum Fliessen bringen, die Industrie und die Maschinen, von selber fliesst es nicht. Das Meer fliesst ja auch nicht, wenn es nicht vom Winde bewegt wird.“

„Bewegt der Wind auch die Flüsse?“ „Nein, bei uns ist alles künstlich. Wir haben grosse Maschinen.“

„Wo geht die Sonne auf?“ „Im Westen.“

„Im Westen?“ „Ja, den Fenstern hier sieht man ja an, dass sie nach Westen liegen.“

„Ist das hier ein Schloss?“ „Es liegt vielleicht in einem Schlosse.“

„Wissen Sie was vom Krieg 1870?“ „Ja, Deutschlands Freiheitskrieg gegen Frankreich.“

„Eine Schlacht?“ „Sedan. Da haben sie die Franzosen tüchtig geschlagen. Die guten Franzosen.“

$12 \times 12 = 144.$ $5 \times 144 = 720.$

Assurbanipal nach 5 Minuten weder reproduziert noch agnosziert. Nach nochmaliger Einprägung nach weiteren 10 Minuten agnosziert.

Von charakteristischen Äusserungen aus früheren klinischen Vorstellungen seien noch folgende erwähnt: Auf die Frage nach dem Zweck ihres Aufenthalts in der Anstalt giebt sie an: Sie sei gern hierher gekommen, zu Hause habe sie sehr viel zu thun gehabt, was sie mitgenommen und hingerissen hätte.

Warum sie nicht gegessen habe. „Das Essen macht die Menschen müde, ich bin halt niedergestreckt.“

Auf die Frage, warum sie eine Zeit lang keine Kleider geduldet habe: „Kleider sind farbig, Farben, die sich lösen, sind giftig. Schöne Kleider, die uns bedecken und mit Anstand sichern, haben wir sehr gern.“

„Wie kommt, dass der Kaiser gleichzeitig König ist?“ „Weil er so ein feiner Herr ist, denken Sie nur, die hohe Bildung.“

Besprechung: Als Hauptergebnis der Demonstration stellt sich eine besondere Art des Blödsinns heraus, wesentlich charakterisiert durch eine Verminderung der Zahl der Begriffe. Diese lässt sich dadurch nachweisen, dass zwischen einander nahestehenden

Begriffen, wie Ort, Land, Gegend kein Unterschied gefunden wird. Dies ist bei der Patientin ausser bei der heutigen Demonstration schon vielfach festgestellt worden. Die Folge davon ist die schiefe, verschrobene Ausdrucksweise, welche um so mehr hervortritt, als das formale Denken und die Satzbildung richtig von statten geht. Berührungspunkte mit dem kindlichen Schwachsinn. Auf der Station vollständige Unthätigkeit, bis auf die erhaltene Besorgung der körperlichen Bedürfnisse. Unwille bei der Exploration ist wiederholt geäussert worden. Patientin empfindet Ansprüche an geistige Thätigkeit als Belästigung.

Der jetzt seit längerer Zeit stabile Zustand hat sich seit etwa dem 17. Lebensjahre ganz allmählich entwickelt, zunächst als Reizbarkeit und Unverträglichkeit, körperliches Krankheitsgefühl, so dass Patientin behauptete, an Krebs und Lungenschwindsucht zu leiden. Seit dem 19. Jahre Verschlimmerung. Pat. wurde ganz unthätig, lachte vor sich hin, klagte über schlechte Behandlung, wurde schlaflos, äusserte Ideen der Verfolgung und Selbstüberschätzung und verweigerte die Nahrung. Am 25. IX. 1896 aufgenommen, machte sie ein ganz akutes Stadium durch, etwa einer gesteigerten Angstpsychose entsprechend, mit Annäherungsfurcht, Giftfurcht, Nahrungsverweigerung, und musste zeitweilig mit der Schlundsonde ernährt werden. Seitdem öfter auf geringfügige Veranlassung wiederkehrende Erregungszustände mit Halluzinationen und zeitweiliger Desorientierung. Keine Heredität. Pat. war bis zu ihrer Erkrankung normal.

Diagnose: Hebephrenie.

Prognose: allmählich weiter fortschreitende Verblödung.

---

15. Hedwig F . . . ., Gesellschafterin, 29 Jahre.

Klinische Vorstellung am 14. XII. 1898.

Mageres, bleiches Mädchen. Geht auf die Tafel zu, stellt sich vor derselben auf, indem sie dem Auditorium den Rücken zuwendet. Während der ganzen Vorstellung spricht sie weder spontan, noch ist sie durch wiederholte und eindringliche Fragen zu Antworten zu bewegen, ist also total mutacistisch.

Die Schilderung ihres Verhaltens muss sich daher auf die Bewegungen beschränken. Ganz ruhig verhält sie sich selten. Sie wechselt zwar gewöhnlich nicht spontan ihren Standplatz, aber der

Körper, die Extremitäten und das Gesicht führen während der ganzen Vorstellung eigentümliche Bewegungen aus.

Zunächst steht sie breitbeinig da und wiegt den vornübergebeugten Körper von rechts nach links und wieder zurück, die rechte Hand ist dabei auf die linke Wange gelegt, der linke Arm gebeugt, die überstreckten Finger der linken Hand führen langsame Spreizbewegungen aus. Dann beugt sie den Oberkörper nach vorn, führt mehrmals die Fingerspitzen der linken Hand an die Lippen, setzt den rechten Fuss seitwärts und hebt und senkt rhythmisch die Fussspitze.

Bei der Ausführung der Bewegungen fallen allerlei Verdrehungen, sowie schnörkelhafte und bizarre Umwege auf.

Das Gesicht grimassiert; insbesondere werden die Augenbrauen oft gehoben.

In der Minute durchschnittlich einmal wird die sonst regelmässige Atmung durch eine krankhaft tiefe Inspiration mit einem bald mehr schluchzenden, bald mehr schnaufenden Geräusch unterbrochen. Dabei werden die Schultern in die Höhe gezogen.

Mit den zuerst geschilderten Bewegungen wechseln dann andere ab. Sie steht etwa mit gekreuzten Beinen, legt die rechte Hand so in das Gesicht, dass die Nase zwischen Daumen und Zeigefinger kommt, streicht mit der flachen linken Hand über die Oberschenkel, sieht danach die Handfläche an, macht mit derselben Hand Bewegungen wie beim Schöpfen und führt dann die Innenfläche wieder dem Gesicht zu, oder sie tritt tänzelnd vor und zurück, dabei mit dem Oberkörper wippend.

Im Verlauf der Vorstellung zieht Pat. dann langsam unter Beibehaltung desselben verschnörkelten närrischen Anstrichs der Bewegungen erst Schuhe und Strümpfe, dann die Jacke, schliesslich den Rock aus, legt sie sorgsam auf den neben ihr stehenden Stuhl und führt im Hemde weiter ihre Bewegungen aus. Des Hemdes versucht sie sich nicht zu entledigen.

Aufforderungen befolgt Pat. nicht. Sie muss umgedreht werden. Lacht jetzt wiederholt. Auf die Aufforderung, ihren Namen an die Tafel zu schreiben, reagiert sie nicht, die ihr in die Hand gegebene Kreide legt sie auf den Stuhl. Dies wiederholt sich dreimal.

Sie soll auf einen Stuhl steigen, sträubt sich ganz unzweckmässig, als sie vom Prof. an beiden Händen an den Stuhl herangezogen wird. Lebhaft angetrieben und gedrängt, hebt sie einmal den Fuss bis zur

halben Höhe des Stuhlsitzes, um dann wieder in passiven Widerstand zu verfallen.

Um sie zum Gehen zu bringen, muss man sie an beiden Händen vorwärts ziehen; sie folgt mit zurückgelehntem Oberkörper. Sie zeigt dabei dieselbe verkehrte Anordnung der Bewegungen, wie bei den Gesten. Setzt meist den Fuss mit dem äusseren Rande auf, hyperextendiert die Zehen, setzt die Füsse derart auf, dass die Längsaxen einen rechten Winkel miteinander bilden.

Alle diese Bewegungen geschehen sicher, mit einer oft in Erstaunen setzenden Balance.

Als ihr Gesicht, das sie durch Abwenden oder Kopfbeugen vor dem Auditorium zu verbergen sucht, passiv dem Auditorium zugewendet wird, schliesst sie die Augen.

Auf der Station isst Pat. nicht freiwillig und besorgt sich nichts.

Was den allgemeinen Charakter der Bewegungen der Pat. betrifft, so sind es offenbar teils Initiativbewegungen, teils Reaktivbewegungen, teils Expressivbewegungen; übrigens nicht rhythmisch, und auch trotz einer gewissen Einförmigkeit nicht in derselben Form sich bald wiederholend. Absurde Verstellung der Teile, merkwürdige Verdrehungen, unzweckmässige Mitbewegungen, und ein obwohl ungewollter, doch verhältnismässig grosser Kraftaufwand verleihen ihrem ganzen motorischen Verhalten etwas Vertraktes, oft Närrisches.

Es sind die langsam abgemessenen Bewegungen einer pantomimischen Darstellung, aber verkehrt oder auf die Spitze getrieben.

Besprechung: Cyclische Motilitätspsychose: abwechselnd Zeiten überwiegender Akinese und überwiegender Hyperkinese. Pat. vor $^5/_4$ Jahren aufgenommen, war bis acht Tage vor der Aufnahme gesund. (Nur Klagen über Unterleibsbeschwerden seit mehreren Jahren.) Bis drei Tage vor der Aufnahme thätig. Zuerst schweres körperliches Krankheitsgefühl, dann im Anschluss an die Menses plötzlich Wahnideen: sie wäre im bewustlosen Zustand missbraucht worden, schwerer Angstaffekt und schneller Eintritt in das hyperkinetische Stadium. In diesem wurde sie, im November 1897, ein schwer akutes Bild bietend, aufgenommen: Auto- und allopsychische Angstvorstellungen, ängstliche Visionen, imperatorische und prohibitive Phoneme, Verkennung des Arztes als Scharfrichter, als Kaiser. Verlangt Untersuchung der Genitalien. Mitten in der Angst auftauchende

Grössenideen. In diesem Sinne retrospektive Beziehungswahnideen bezügl. ihrer Abkunft. Verbigeratorischer Rededrang. Widerstand gegen jede Annäherung, Nahrungsverweigerung (Sondenfütterung). Unsauber. Seit 23. IX. 1897 meist mutacistisch. Seit 9. X. total und dauernd mutacistisch, akinetisch, negativistisch. Gegen Ende Oktober etwas freier, lacht viel, zugänglicher. Seit Anfang November wieder Redesucht, wesentlich verbigeratorisch („siehste, siehste, siehste, Mutter, Mutter, Mutter"). Antwortet auf beängstigende und beschimpfende Stimmen. Ein Teil der Stimmen entspricht dem Beziehungswahn, hört ihr Verhalten bekritteln („jetzt sagen sie, die hat wieder geplaudert . ., sie werden sagen, die sitzt wieder . ."). Glaubt, sie sei eine Maschine, eine Uhr, sei aufgezogen. Hyperkinese und Parakinese der Extremitäten, Grimassieren.

Im Januar 1898 unter allmählicher Gewichtszunahme Besserung (freiwillige Nahrungsaufnahme, oberfl. Krankheitseinsicht).

Im März 1898, im Anschluss an die Menses, wieder Verschlimmerung unter Gewichtsabnahme; wird wieder mutacistisch, unsauber, besorgt sich nichts, muss wieder gefüttert werden. Seit August 1898 wieder hyperkinetisches Stadium, wieder Rededrang etc. . .

Auf dieses hyperkinetische Stadium folgte wieder ein überwiegend akinetisch-parakinetisches Stadium, in welchem Pat. sich noch jetzt befindet.

Ende Juli trat Gewichtszunahme ein, welche bis zum September anhielt. Seitdem blieb das Gewicht fast stabil. Diese Gewichtszunahme ohne entsprechende Besserung des psychischen Verhaltens giebt eine ungünstige Prognose. Die Kranke ist voraussichtlich unheilbar.

---

16. Frau B. . . . . ., 80 Jahre, aufgenommen 21. II. 1898.
Klinische Vorstellung am IX. I. 1899.

Die Kranke ist eine recht hinfällige 80jährige Frau mit ergrautem Haar; das Gesicht von Tausenden von Fältchen durchzogen, sieht nicht unbelebt, keinesfalls dement aus, es ist schief, der linke Mundwinkel hängt herab und lässt von Zeit zu Zeit Speichel abfliessen; der Oberkörper hängt etwas nach links über. Die Antworten erfolgen prompt mit leiser Stimme, aber völlig deutlicher Aussprache der Worte.

Über die Situation ist sie wenigstens oberflächlich orientiert, sie erkennt in Prof. W. einen Arzt, weiss, dass er sie dem Auditorium vorstellt, dass dieses aus Studenten der Medizin besteht. Die Irren-

anstalt aber hält sie für ein Armenhaus, und bezüglich der Zeit sind ihre Angaben ganz unsinnig. Das Alter ihrer Tochter giebt sie auf 36 Jahr, ihr eigenes auf 38 an und bleibt dabei, auch als sie auf den Widerspruch dieser Angaben aufmerksam gemacht wird. Ihr Mann, ja ihr Vater leben noch. Vor ganz kurzer Zeit habe sie einer Schulprüfung ihrer Kinder beigewohnt, die viel gewusst hätten, Erlebnisse, die mindestens 40 Jahre zurückliegen. Verhältnismässig am besten, wenn auch sehr lückenhaft, giebt sie Auskunft über ihre Kinderzeit, sie weiss, dass sie in Langewiese in die Schule gegangen ist, dass diese mehrere Klassen hatte und wohl einen Hauptlehrer und mehrere Hilfslehrer. Sie entsinnt sich auch noch, dass sie mit 12 Jahren die Schule verliess und später gefirmt wurde.

Von Schulkenntnissen ist ausser dem allerfestesten Besitz z. B. dem Vaterunser, fast nichts haften geblieben, selbst nicht das kleine 1×1. Derartige Fragen beantwortet sie mit „das ist mir zu schwer," oder „jetzt weiss ich das nicht mehr," oder „ich bin zu kopfschwach." Die Merkfähigkeit ist aufs höchste reduziert, sowohl auf akustischem wie auf optischem Gebiete. Den Augenspiegel erinnert sie sich zehn Minuten, nachdem er ihr mit den Worten „das ist ein ärztliches Instrument" gezeigt wurde, nicht, jemals gesehen zu haben und hat schon nach 5 Minuten die Zahl 714 nicht reproduzieren können.

Nach ihren Familienverhältnissen gefragt, erzählt sie, durch gelegentliche Zwischenfragen angeregt, eine lange Geschichte: Ihr Mann habe zwei ihrer Kinder umgebracht, hätte getrunken und sei nicht recht bei sich gewesen, hätte mit einer andern Frau zu thun gehabt, sie zeitweise verlassen, sei dann wiedergekommen u. s. w.

Wie viel davon auf wirklichen Erlebnissen beruht, lässt sich nicht feststellen.

Dabei besteht ein auffälliger Wechsel in ihren Angaben, selbst während der Vorstellung. Einmal giebt sie an, auf Veranlassung ihres Mannes, ein andermal auf die des Vormunds ihrer Kinder oder gar aus eigenem Antriebe hier zu sein. Die Anstalt, die sie gestern für die Fabrik einer gewissen Frau Hoffmann aus Protschkenhein hielt, welche aus Mildthätigkeit darin so eine Art Krankenzimmer eingerichtet hätte, hält sie heute für das Armenhaus.

Besprechung: Die Kranke, welche am 21. II. 1898 aus dem Armenhaus in die hiesige Anstalt aufgenommen wurde, hat mit Aus-

nahme eines ängstlich deliranten Zustandes in den ersten acht Tagen nach ihrer Aufnahme, im wesentlichen dauernd das gleiche Krankheitsbild geboten: Kolossale Gedächtnisdefekte, fast völliger Verlust der Merkfähigkeit, Konfabulation, nächtlich delirante Zustände, dabei im allgemeinen attentes, keineswegs apathisches Verhalten. Für ihre Gedächtnisschwäche, die sich besonders in Konfusion der zeitlichen Folge äussert, sowie für die schlechte Merkfähigkeit besteht eine gewisse Krankheitseinsicht.

Pat. macht heute während der Vorstellung einen aussergewöhnlich hinfälligen Eindruck, wahrscheinlich infolge eines leichten, in der Nacht aufgetretenen apoplectischen Anfalles, da die linksseitigen Lähmungserscheinungen am Tage vorher noch nicht vorhanden waren. Die zu Tage tretende Demenz dürfte z. T. darauf zurückzuführen sein. Trotzdem ist sie attent, fasst die Fragen ohne Schwierigkeit auf und antwortet prompt. Dies unterscheidet ihr Verhalten von dem der einfachen senilen Demenz. Es handelt sich vielmehr um einen Grenzfall zwischen dieser und der Presbyophrenie. Auch der belebte Gesichtsausdruck entspricht mehr der Presbyophrenie. Letztere ist in reinen Fällen charakterisiert durch den Gedächtnisdefekt, der gewöhnlich in umschriebener Weise die letzte Lebenszeit in mehr oder minder grosser Ausdehnung umfasst, ferner durch die Herabsetzung der Merkfähigkeit bei nachweislich wohl erhaltener Aufmerksamkeit, den totalen Verlust der örtlichen Orientierung und das Symptom der Konfabulation.

---

17. Arthur Z . . . . . , früher Philologe, zuletzt Reporter und Stenograph, 49 Jahre.

Klinische Vorstellung am 11. I. 1899.

Kommt in korrekter Haltung herein, setzt sich schweigend auf den Stuhl. Ziemlich schlaffe Züge, rechte Gesichtshälfte besser innerviert. Gesichtsausdruck ziemlich leer, aber nicht dement. Augen- und Mienenspiel wenig lebhaft, nur wenn er lacht, wird das Gesicht lebendiger, sogar intelligent.

„Wer bin ich?“ Pat.: „Der Dr.; auf Ihren Namen kann ich mich nicht besinnen.“

„Was sind das für Herren?“ Pat.: „Studenten.“

„Woher wissen Sie das?“ „Das sehe ich an der ganzen Einrichtung; die Herren sind offenbar versammelt, um zu hören.“

„Und ich?“ „Sie sind Dozent, Sie tragen vor.“

„Was studieren die Herren?“ „Medizin.“

„Sind Sie krank?“ „Ich glaube nicht.“

„Ist das möglich, dass ich Sie als krank vorstelle, wenn Sie es nicht sind?“ (Nach einer Pause, verlegen) „Das ist möglich.“

„Irre ich mich?“ „Das ist eine Möglichkeit.“

„Und die andere Möglichkeit?“ (Lächelnd) „Dass ich mich irre.“

„Was ist das hier für ein Haus?“ „Ein Krankenhaus.“

„Wie lange sind Sie hier?“ „Erst .... seit ...., das weiss ich nicht; ich war schon vor 8 oder 14 Tagen einmal hier, und bin jetzt wieder hier.“

„Ist das sicher?“ Besinnt sich lange, Pause von einigen Sekunden, während er, wie durch angestrengtes Nachdenken gequält, auf dem Stuhl hin und herrückt, sich an den Kopf fasst, die Augenbrauen runzelt, den gesenkten Kopf vor und rückwärts bewegt. Schliesslich den Kopf erhebend: „Ich glaube mich nicht zu täuschen.“

„Wie lange kennen Sie mich?“ „Seit etlichen Jahren.“

„Woher?“ „Vom Militär.“

„Haben Sie gedient?“ „Ja.“

„Wann?“ „Zuerst 70—71, dann bin ich wieder eingezogen worden.“

„Wann?“ Besinnt sich, wie überhaupt oft, wo im folgenden eine Pause vermerkt wird, wieder unter den oben geschilderten Bewegungen eines gequält Nachdenkenden. „78.“

„Was haben wir jetzt?“ „90.“

„Wann haben wir uns kennen gelernt?“ „Weiss ich nicht.“

„In welcher Eigenschaft lernten Sie mich kennen?“ „Als Arzt.“

„Hatten Sie eine Charge?“ „Nein.“

„Warum wurden Sie nicht Unteroffizier?“ „70 waren so massenhaft Einjährige eingezogen, dass nicht alle Unteroffizier werden konnten.“

„Haben Sie sich was zu Schulden kommen lassen?“ (lachend) „Nein.“

„Was sind Sie jetzt?“ „Kandidat.“

„Welcher Wissenschaft?“ „Der Philologie.“

„Sind Sie wirklich noch Kandidat?“ „Bis zur Einziehung war ich immatrikuliert; Ostern vorigen Jahres habe ich mich exmatrikulieren lassen.“

„Was für ein Krankenhaus ist das?“ „Ein Militärkrankenhaus.“

„Wie kommen Sie dahin?“ „Ich bin eingezogen worden.“

„Sind Sie in dieser Zeit erkrankt?“ „Man muss es angenommen haben.“

„Woran merken Sie, dass es ein Militärkrankenhaus ist?“ Lachend: „Schon daraus, dass ich per Ordre de Mufti hier bin.“

„Wie kommt es, dass hier auch Frauen im Hause sind?“ „Es mag ja ein allgemeines Krankenhaus sein, das jetzt vorzugsweise zu militärischen Zwecken benutzt wird.“

Prof. auf einen Arzt zeigend: „Wer ist das?“ „Das ist Herr Dr.“ „Früher haben Sie ihn verkannt und für Ihren alten Lehrer gehalten?“ „Das ist er auch, jetzt ist er als Arzt eingezogen.“

„Wie ist das möglich?“ „Er hat erst Philologie und dann Medizin studiert.“

„Wo waren Sie in den letzten Tagen?“ „Hier.“

„Sind Sie nicht ausgegangen?“ „Nein, nur aus einer Anstalt in die andere.“

„In eine andere?“ „Ja, drüben in Scheitnig ist auch eine militärische Anstalt“ (in Wirklichkeit war Pat. dauernd in der Irrenanstalt).

„Womit beschäftigen Sie sich?“ „Womit man beschäftigt wird, ein bischen Dienst.“

„Wie heisst der Kaiser?“ „Wilhelm I.“

„Wie alt?“ (Denkt nach) „101 Jahre.“

„Die Kaiserin?“ „Augusta.“

„Wie alt?“ (Wieder nachdenkend) „88 Jahre.“

„Der Reichskanzler?“ „Bismarck.“

„Führer des Centrums?“ „Windthorst.“

„Der Nationalliberalen?“ „Lasker.“

„Wissen Sie etwas vom Kronprinzen Rudolf?“ „Der ist krank.“ „Wissen Sie sonst nichts von ihm?“ „Ich habe so lange keine Zeitung gelesen.“

Pat. weiss nichts davon, dass seine Eltern Anfang der 70er Jahre gestorben sind, behauptet vielmehr bestimmt, sie noch vor seiner letzten Einziehung, Ostern vergangenen Jahres, gesehen zu haben; ebensowenig, dass sein jüngerer Bruder vor 10 Jahren nach Brasilien ausgewandert ist, er sei noch Graveur in Breslau. Er glaubt bis zuletzt in der Salzstrasse gewohnt zu haben, was nach Aussagen der Angehörigen schon über 25 Jahr zurückliegt.

Die Vorstellung des Pat. musste am 11. abgebrochen werden und wurde nach 3 Tagen fortgesetzt.

14. I. 1899. Er erinnert sich, schon einmal hier vorgestellt worden zu sein, glaubt aber, es sei 8 Tage her. Er wird aufgefordert, seine Lebensgeschichte zu erzählen. Macht ganz detaillierte Angaben über seine Kindheit, nennt die Elementarschule die er besucht hat, giebt genau den Zeitpunkt seines Übertritts in das Gymnasium an, nennt die Namen seiner sämtlichen Ordinarien, nennt auch die Namen längst verstorbener Dozenten als die vermeintlich noch vor kurzem von ihm gehörten Universitätslehrer, sagt mit erstaunlicher Sicherheit die Genusregeln, den Anfang der Odyssee. Er rechnet mit verblüffender Schnelligkeit und Sicherheit (5 mal 8716 aus dem Kopf sofort beantwortet). Nach einer Viertelstunde wird die Aufgabe, die Genusregeln und den Anfang der Odyssee zu nennen, wiederholt; er verhält sich dabei wie einer ganz neuen Aufgabe gegenüber und erklärt auf Befragen, er habe sie vor 8 Tagen zum letzten Mal gesagt, heute sicher noch nicht.

Es werden ihm ein Würfel, eine Pyramide und eine bunte Murmel gezeigt, mit der Aufforderung, sich diese Gegenstände zu merken. Nach einer Viertelstunde erkennt er nur die ersten beiden als schon gesehen wieder, erinnert sich nicht, die Murmel schon gesehen zu haben.

Den ihm zum Merken aufgegebenen Namen Assurbanipal, den er richtig als einen assyrischen König bezeichnet, kann er nach 10 Minuten nicht nennen. Prof.: „War es Malietoa?“ „Kann mich nicht erinnern, ich glaube nicht.“ Prof.: „Nebucadnezar?“ „Das könnte so sein.“, Prof.: „Wer war das?“ „Ein babylonischer König.“

Prof.: „Assurbanipal?“ (Unsicher) „Das ist möglich.“

„Wie sind Sie hier hereingekommen?“ „Ich bin herkommandiert worden.“ Der wirklichen Vorgänge bei und seit seiner Aufnahme kann er sich nicht erinnern.

Es werden ihm einige Fragen vorgelegt, um seine Urteilsfähigkeit zu prüfen.

Über die Ursachen des Krieges 70/71 äussert er sich: „Napoleon fühlte sich unsicher auf dem Thron und benutzte die Arroganz, möchte ich sagen, der Franzosen, die es nicht ertragen konnten, dass Preussen die Vormacht in Deutschland wurde.“ Er wird nach dem Programm der Sozialdemokratie gefragt, worüber er auf der Station sich ganz verständig ausgesprochen hatte. Er wird verlegen, bringt lange nichts heraus. Das Thema ist ihm als vermeintlichen Soldaten offenbar zu heikel. Er sagt schliesslich nach langem Drängen nur: „Die Sozial-

demokraten möchten selber die Bedingungen diktieren, unter denen sie arbeiten wollen."

„Evangelisch und katholisch?" „Die Katholischen glauben, dass der Papst Stellvertreter Gottes auf Erden sei, und alles, was der Papst ex cathedra spricht verbindlich ist, während die Protestanten die Heil. Schrift allein für verbindlich halten. Die katholischen Geistlichen leben im Cölibat." Prof.: „Was ist das?" „Das Gelübde der Keuschheit." Als dieses beanstandet wird: richtiger „Der Ehelosigkeit."

Auch diese Antworten erfolgen erst nach angestrengtem, quälendem Nachdenken im Gegensatz zu der Leichtigkeit und Promptheit, mit der blosses Gedächtnismaterial (Genusregeln, etc.) vorgebracht wurde.

Über den Zweck der Demonstration zeigt er sich orientiert.

„Ist Ihnen das sehr unangenehm?" „Gewiss."

„Das ist doch nur vorteilhaft für Sie?" „Ich kann in der That nicht einsehen, was das für Vorteil für mich haben soll."

„Wer hat das Recht, Sie festzuhalten?" „Die Vorgesetzten."

„Die militärischen?" „Ja, allerdings."

„Aus welchem Grunde werden Sie festgehalten?" „Weil ich für krank angesehen werde."

„Warum beschweren Sie sich nicht?" „Weil es nutzlos wäre, wenn man doch nichts ändern kann." Lächelt und zeigt keine Erregung.

„Wie nennt man das, wenn man jemand widerrechtlich festhält?" (affektlos) „Freiheitsberaubung."

„Welches Interesse haben die Vorgesetzten, Sie zurückzuhalten?" (Versinkt in langes Schweigen.)

„Persönliche Feindschaft?" „Nein." Ist zu keiner weiteren Äusserung über diesen Punkt zu bewegen.

Der Prof. erklärt ihm, dass sein Gedächtnis krank sein müsse, da er über die letzten 25 Jahre nichts mehr wisse. Er versucht ihn darüber zu belehren, dass Wilhelm I, Augusta, Bismarck, Windthorst etc. tot seien. Pat. schüttelt ungläubig den Kopf.

„Glauben Sie mir das nicht?" (Verlegen und unfrei): „Ja, gewiss, warum sollte ich es nicht glauben, aber das müsste in allerjüngster Zeit passiert sein, wo ich keine Zeitung gelesen habe."

„Nein, sie sind schon seit vielen Jahren tot." Pat. erklärt davon nicht überzeugt zu sein, und bleibt weiteren, sehr eindringlichen Versuchen gegenüber, ihn zu überzeugen ungläubig und ohne Affekt.

Zu bemerken ist, dass einmal bei dem Pat. aus der sonst aus seinem Gedächtnis geschwundenen Zeit der letzten 25 Jahre eine Erinnerung auftauchte. Als der Prof. den Hörern erklärte, Pat. wisse nicht, dass er an einer Zeitung beschäftigt gewesen sei, erhob er Einspruch: Gewiss wisse er das, er sei Telephonstenograph gewesen.

Besprechung: Anamnestisches: Aufnahme März 1898. Erst vier Wochen vorher erkrankt. Vor 26 Jahren subsistenzlos, Depressionszustand: Suicidversuch. Trank immer viel Bier und Grog. Bei der Aufnahme körperliche jetzt noch angedeutete Symptome: Leichte linksseitige Facialisparese, schwache Patellarreflexe, schlaffe Kniegelenke, mehrtägig retentio urinae. Blickbewegungen besonders nach seitwärts beschränkt, dabei horizontaler Nystagmus.

Das psychische Bild ist andauernd dasselbe geblieben, nur dass in den ersten Monaten die Desorientierung stärker (Pat. glaubte sich längere Zeit in Frankreich) und die Konfabulation ausgesprochener war, jedoch war letztere immer phantasielos und trat nur auf Befragen ein. Er erzählte von Spaziergängen, die er gemacht habe, brachte aber gar keine Details.

Diagnose: Polyneuritische Psychose. Charakteristisch dafür: Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit (hier für über 25 Jahre, „retroaktive Amnesie", Grenze ungefähr Mitte der 70er Jahre), gut erhaltenes Gedächtnis für die ältere Vergangenheit, Verlust der Merkfähigkeit (optisch und akustisch) ungenügende äussere Orientierung, Konfabulation. Dabei gute augenblickliche Leistung und Aufmerksamkeit.

Gewöhnliche Ursache: Alkoholmissbrauch.

Die polyneuritische Psychose ist heilbar; in diesem Fall macht die lange Dauer des Zustandes, der geringe Affekt, der Mangel an Trieb zu ernster Thätigkeit die Prognose sehr zweifelhaft.

---

18. Schr. . . . . , Bäcker, 31 Jahre.

Klinische Vorstellung am 14. I. 1899.

Aufnahme 7. I. 1899.

„Sie sind der Schrottke?" „Jawohl."

„Sie sind Bäcker?" „Bäcker, Konditor und Pfefferküchler, zu dienen, jawohl."

„Das ist ein etwas langer Titel; haben Sie sich immer so genannt?“ „O, das Schild am Haus ist ja breit genug; es ist sogar noch ein bischen übrig.“

„Seit wann sind Sie in Breslau?“ „Seit 6 Tagen. Der Vater, der gute Kerl, wollte mich ja nach Leubus schaffen.“

„Warum denn?“ (lachend) „Ich war verrückt, ich hatte die ganze Welt. Der Bürgermeister und alle kamen zu mir und sagten, ich bin verrückt.“

„Sind Sie jetzt wieder gesund?“ „Jetzt bin ich ganz gesund, es thut mir nichts mehr weh. Ich will zu Liebich*) oder ins Stadttheater. Meine Herren, (zu den Studenten) ich werde Sie alle verheiraten; für die jungen Leute hier ist das gut, verheiratet zu sein. Ich kann alles“ (lacht).

„Was können Sie denn?“ „Was ich schon geleistet habe, das kann kein Doktor. Jede Operation habe ich mitgemacht. Dreiviertel Jahr war ich krank im Allerheiligen-Hospital — hier“ — (zeigt lachend auf die Gegend der Geschlechtsteile).

„Was war denn das für eine Krankheit?“ „Ich hatte eine Phimose und dann wurde der ganze Körper syphilitisch; überall waren Schwäre.“

Auf Aufforderung tanzt er äusserst graziös einen Walzer auf den Fussspitzen, pfeift dabei eine Melodie und sagt: „Das geht, als wenn ich eine Fliege wäre.“

Als ihm eingewendet wird: „Na wissen Sie, das kann aber jeder“, schlägt er ein paar mal das Rad und äussert: „Na, wenn ich nur ein Reck hätte, da sollten Sie mal sehen.“ (Wieder pfeifend und tanzend) „Na und das kriegt die Balleteuse auch nicht fertig, so auf den Zehen im Takte tanzen.“

„Gefällt's Ihnen hier?“ „Freilich, sehr gut. Ich will nur nach Haus, mal den Vater was fragen, dann komme ich wieder her.“

„Ich denke, Sie wollen Heiratsvermittler werden?“ „Ach, das mach ich so unter der Hand. Jedes Ding, was ich anfange, geht gut. Ich bin alles.“

„Sind Sie auch Minister?“ „Ja, oder vielmehr ich kann alles werden.“

„Auch Professor?“ „Ja freilich, der Herr Prof. Neisser hat gesagt, als ich im Allerheiligen . . .“

---

*) Ein öffentliches Vergnügungslokal und Spezialitäten-Theater.

„Na warten Sie mal, können Sie auch Seil tanzen?“ „Wenn ich es lerne, freilich. Ich bin so geschickt, ich habe so viel Talente, wenn ich rauskomme, melde ich mich sofort zu Liebich oder ins Stadttheater.“

„Wie ist denn Ihr Gedächtnis?“ „Gut.“

„Können Sie auch rechnen?“ „Freilich.“

„7816 × 5?“ „Ich werde es mir mal aufschreiben, jetzt kann ichs nicht, weil ich getanzt habe.“

Der Kranke ist ein untersetzter kräftiger Mann, von gutem Ernährungszustande. Seine Bewegungen sind sicher und elastisch und werden häufig in turnerischer Art, mit einem gewissen Überschusse an Kraft ausgeführt. Auf Fragen antwortet er sofort, und häufig mit einer gewissen witzigen Schlagfertigkeit. Dabei ist sein Benehmen äusserst ungeniert, jedenfalls viel freier, als es ein Gesunder, der wie er die Situation richtig beurteilt, zur Schau tragen würde. Auf Aufforderung singt und tanzt er ohne eine Spur von Schüchternheit und erzählt ohne die geringste Zurückhaltung von seinen überstandenen Geschlechtskrankheiten. Seine Stimmung ist äusserst heiter und wird nicht im mindesten getrübt, wenn bei der Prüfung ein arger Defekt zu Tage tritt. Im Gegenteil, er bricht bei solchen Gelegenheiten nicht selten in ein fröhliches Lachen aus, und bringt als Grund für sein Unvermögen irgend eine nicht stichhaltige Erklärung. Sein Selbstbewusstsein und Kraftgefühl sind im hohen Grade gesteigert; er hält was darauf, dass er nicht einfach Bäcker ist, sondern wünscht ausdrücklich Bäcker, Konditor und Pfefferküchler genannt zu werden. Alles erscheint ihm ein Kinderspiel, er kann alles, oder es würde ihm wenigstens nicht schwer werden alles zu lernen. Zwischen diesen beiden Dingen macht er keinen grossen Unterschied.

Die körperliche Untersuchung ergiebt:

Pupillenstarre, Steigerung der Sehnenreflexe an den Beinen, Fussclonus, nach Überwindung einer anfänglichen Steifigkeit, deutliche Schlaffheit der Gelenke. Leichte Ataxie der Beine, leichter Romberg. Facialisparese des linken Mundastes. Die Zunge wird ohne Zittern, geschickt und grade herausgestreckt.

Beim Nachsprechen schwieriger Worte wird das beim spontanen Sprechen nur angedeutete Silbenstolpern sehr deutlich. Zugleich stellt sich heraus, dass er Bestandteile längerer Wörter vergisst und durch sinnlose Laute ersetzt: z. B. Dritte reitende Birgade, iniza Birgade (Dritte reitende

Garde-Artillerie-Brigade). Über derartige Verdrehungen amüsiert er sich köstlich.

Während dieser Untersuchung benimmt er sich wieder ganz wie zu Hause; als er sich aufs Bett legen soll, voltigiert er mit einer tadellosen Kehre hinein. Als ihm die Untersuchung wohl etwas langweilig wird, bemerkt er, „ich kann auch sehr schön singen, viele schöne Lieder."

„Na singen Sie mal!" Nun stellt er sich in Positur, sagt: „russische Nationalhymne" und singt diese unter pathetischen Handbewegungen mit einer etwas krähenden, lauten Tenorstimme musikalisch richtig.

Besprechung: Die hier sehr deutlichen Symptome, das gesteigerte Selbstbewusstsein, die Grössenideen, die Ungeniertheit (Nivellierung der Vorstellungen), der Bewegungsdrang, und, ebenfalls deutlich, wenn auch weniger ausgesprochen, der Rededrang und die Ideenflucht setzen das Bild der Manie zusammen, die sich hier im Verlaufe einer progressiven Paralyse, aus einem hyperkinetischen Stadium entwickelt hat. Der Pat. hat die Tage vorher oft stundenlang allerlei Turnbewegungen ausgeführt und sich dabei stumm verhalten, wie es bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose häufig vorkommt. Als Ätiologie ist Lues festgestellt.

---

19. Josefine H . . . . . , Näherin, 29 Jahre.
Klinische Vorstellung am 18. I. 1899.

Die Kranke ist ein körperlich sehr heruntergekommenes Mädchen, das sich lebhaft sträubend, ängstlich jammernd und schreiend hereingeführt wird. Ihr Atem ist unregelmässig beschleunigt, schnappend und keuchend, ihre Lippen sind trocken, mit Epithelfetzen bedeckt. Ihr Gesichtsausdruck ist ängstlich, die Augen, weit aufgerissen, wandern während ihres ununterbrochenen Jammerns und Schreiens unstät umher. Ihre Äusserungen, die für gewöhnlich in monotoner und hoher, etwas weinerlicher Stimmlage, nur im stärksten Affekt schreiend vorgebracht werden, sind auch inhaltlich sehr monoton und beziehen sich bald auf in ängstlichem Sinne falsch gedeutete Erlebnisse, bald auf Halluzinationen und bewegen sich ausschliesslich in auto- und allopsychischen Angstvorstellungen. In diesem Rededrange ist sie durch keine Anrede abzulenken, und nur selten antwortet sie ganz

flüchtig und obenhin auf eine an sie gerichtete Frage, um sofort wieder ihren überwältigenden Halluzinationen Ausdruck zu geben. Zu fixieren ist sie überhaupt nicht. Wird sie ja einmal durch eine körperliche Berührung abgelenkt, so deutet sie diese im Sinne der Bedrohung und erschrickt z. B. heftig, als ihr Prof. W. zur Weckung ihrer Aufmerksamkeit seine Hand auf den Arm legt. Als sie zum Schluss hinausgeführt werden soll, fängt sie in ängstlichster Weise zu schreien an: „Sie wollen mich ermorden, sie wollen mich tot machen“ etc., und sträubt sich, indem sie sich auf den Boden wirft und überall anklammert.

Da sie sich recht häufig wörtlich wiederholt, so werden ihre Äusserungen hier zwar wörtlich aber mit Weglassung allzuhäufig wiederkehrender Wendungen wiedergegeben.

„Sie wollen mich ermorden. Gestern haben sie mir so eine Einspritzung gegeben, wo ich gar nichts Krankes habe. . . . Da habe ich von der Schwester Sophie etwas geschenkt gekriegt, das haben sie mir wieder weggenommen, ich musste im Keller nackend liegen . . . “

Prof.: „Seien Sie mal still! Wollen Sie mir nicht antworten?“ „Dann sagen sie zu meiner Mutter „wegen Krampfanfall“, wo ich gar keinen hatte. Da haben sie sich alle gezankt, dann thun sie wieder lachen, haben sich alle so dumm gestellt, mir haben sie Vergiftung eingegeben. Gestern wollten sie mich aber zu meiner armen Mutter nicht gehen lassen, wo meine gute Mutter so weinte.“

Prof.: „Josefine, passen Sie einmal auf!“ „Nein! Da kommen gestern vier Doktoren zu mir, da wollten sie mich tot machen. Ich lag schon 14 Tage oben, wo so viele Kranke sind; die wollten sich auf mich legen, die vier Doktoren, weil ich solches nicht wollte; eins sagte immer so, eins so, dann klatschten sie in die Hände, manche haben sich dumm gestellt, die haben sie hinaus geschickt in den Badesaal, der gar nicht der richtige Badesaal ist.“

Prof.: „Beruhigen Sie sich einmal Josefine!“ „Nein! ich muss sprechen, da wollten sie noch eine tot machen. Zu meiner Mutter sagen sie, ich bin wegen Krampfanfall gestorben. Die einen sagen, ich bin evangelisch, die andern sagen, ich bin katholisch. Ich bin aus der freien Gemeinde. Bald reissen sie einen so hin in den Keller, bald reissen sie einen aus dem Bette, erst waren es zwei, dann, als ob es drei wären. Bald kommt die Krankenschwester, die mich ermorden will . . . . und sie haben sich oben auch alle solche

versteckte Zettel gegeben, dass sie mich ermorden wollen. Bald stecken sie einen in das Bett, bald in das. Wo meine arme Mutter Sonntag da war und ich war schon ganz munter; die andern Kranken wussten das auch alle. Der Schutzmann und die andern, die weggefahren sind. Eins sagt so, eins so; dann wollten sie mich erwürgen, und dann stellen sie sich dumm."

Prof.: „Sind Sie nun ruhig?" „Ja, ich soll still sein, bald sagen sie, ich bin ein Schwein."

Prof.: „In Phoneme gekleidete autopsychische Angstvorstellung oder Kleinheitswahnidee, die zur Beschimpfung wird. Sie haben wohl sehr Angst?" „Ich will ins Krankenbett, und das ist hier doch auch eine Kirche."

Prof.: „Wissen Sie was das für Herren sind? Kennen Sie mich?" „Ich will auch reden, ich will erst alles erzählen. Dann haben sie sich alle draussen versteckt und eins sagte, ich bin tot, wo sie mir was eingaben, dass ich schlafen musste. Dann wollten sie mir die Augen ausstechen und reissen einem halb das Hemde vom Leibe . . . ."

Prof., auf die Wärterin zeigend: „Wer ist denn das?" „Ja, die kenne ich, die war auch dabei. Dann sind sie rausgelaufen aus dem Badesaal. Die andern Kranken werden nicht gebadet; sie horchen immer an den Thüren, und die Krankenschwestern haben sich immer so versteckte Zettel gegeben. Ich habe kein krankes Bein gehabt und die Doktors, die haben mir so eine Einspritzung gegeben. Ich heisse Josefine Harprich, nicht Taprich, bald Haprich bald taprich, die einen sagen so, die andern so . . . . Und mir geben sie so was ein; den andern haben sie nichts eingegeben. Die Doktoren haben den andern das Richtige eingegeben, bloss mir und noch einer, die auch in der Apostolischen Gemeinde ist, die das auch nicht hat machen wollen. (Mit der Hand nach der Thür weisend): Da gehen sie schon wieder hinaus und klatschen in die Hände. Ich möchte doch gern das heilige Abendmahl nehmen, meine liebe Mutter hat mir auch so was eingeredet, wo man sich doch immer freut, wenn die liebe Mutter kommt. Eins will mir die Augen ausstechen, eins will mich erwürgen, eins will das machen . . . . Da klatschen sie wieder in die Hände."

Prof.: „Sie können jetzt gehen!" (freudig) „Nach Haus? Dann will ich aber nicht mehr in den Krankensaal."

Pat. wird unter lebhaftem Sträuben und lautem ängstlichen Schreien hinausgebracht.

Besprechung: Die Kranke leidet seit ihrem 14. Lebensjahr an Epilepsie. Im Dezember, kurz vor ihrer Aufnahme hier, der letzte Anfall. Der jetzigen Psychose, welche als epileptischer Dämmerzustand bezeichnet werden kann, ist kein Krampfanfall vorausgegangen. Gekennzeichnet wird der Zustand durch Einengung des Bewusstseins, welche es verschuldet, dass Pat. während der halbstündigen Dauer der Vorstellung nur dreimal zu reaktiven Äusserungen zu veranlassen war, ferner durch totale Desorientierung und entsprechende Äusserungen der Ratlosigkeit. Äusserungen, welche das somatopsychische Gebiet betreffen, liegen zwar nicht vor, aber die Modifikation der Atmung und gelegentliches Greifen nach der Kehle sind als Folgen abnormer Sensationen zu deuten; Halluzinationen vorwiegend Phoneme, z. T. aber auch kombiniert, die in monotoner Weise allo- und autopsychische Angstvorstellungen zum Ausdruck bringen; Rededrang, Spuren von Erklärungswahnideen und Hypermetamorphose.

Hervorzuheben ist auch, dass dieses affektvolle Bild einer gesteigerten Angstpsychose seit dem Ausbruch der Psychose, dem 15. I. 1899, kontinuierlich besteht.

Prognose des Anfalls: Bis auf die Gefahr der Erschöpfung durch Unruhe, Schlaflosigkeit und Erschwerung der Nahrungszufuhr bei der an Phtise leidenden Pat. wegen der voraussichtlich kurzen Dauer des Anfalles nicht ungünstig.

Besondere Schwierigkeit der Behandlung wegen der absoluten Unzugänglichkeit der Kranken.

Nachtrag: Pat. ist am 11. Februar der fortschreitenden Phtise erlegen, nachdem der Angst- nnd Erregungszustand einer zunehmenden Erschöpfung gewichen war.

---

20. Wilhelm W. . . . ., Weichensteller, 43 Jahre.

Klinische Vorstellung am 21. I. 1899.

Kräftiger, etwas blasser Mann.

Verneigt sich vor dem Prof., setzt sich schweigend hin. Kein dementes Aussehen.

Pat. ist über Ort und Zeit vollkommen orientiert, giebt, über die Personalien befragt, detaillierteste Auskunft. Er erinnert sich aller Einzelheiten seines Vorlebens und macht besonders sehr präzise Zeit-

angaben: er habe bis zum 27. I. 1898 abends 11 Uhr als Hilfsheizer Dienst gethan, am 29. früh wollte er in Dienst gehen „da kam es in die Beine, und es spannte im Kopf."

Er hat zwei Eisenbahnzusammenstösse mitgemacht, der letzte war im Jahre 1896 am 28. März, 4 Uhr nachmittags, er sah den Zusammenstoss kommen, hat sich am Kessel angehalten und verlor die Besinnung, wurde aber nicht verletzt, kam wegen nervöser Beschwerden in die medizinische Klinik und wurde von dort gebessert entlassen. That seit 23. April wieder Dienst ununterbrochen bis zum 28. November, musste dann mehrfach den Dienst aussetzen. Seit 30. I. 1898 ist er gänzlich ausser Thätigkeit.

21. V. 1898 hat er sich in die Anstalt aufnehmen lassen. „Ich bin freiwillig gekommen auf ärztlichen Rat."

Der Kopf wurde ihm wieder zusammengezogen und dann die Beine. „Der Kopf wird nach dem Gesicht zusammengedrückt, das Gesicht zieht und spannt sich, als ob es der Dampf anhauche, als ob es angesaugt oder aufgeblasen wird. Der Körper, der Leib, die Brust heben sich; die Beine spannen von hier ab (zeigt das Fussgelenk), als ob Holzschienen untergelegt wären."

Auf weitere Fragen äussert er eine Fülle hypochondrischer Vorstellungen: Im Juni und Juli war es, als ob der Kopf grösser wäre, als ob er angesaugt wäre. Er hat auch im Spiegel gesehen, dass er grösser war. Auch an den Geschlechtsteilen hat er nächtliche Beeinflussung erfahren, er ist es durch die Einstechungen gewahr geworden, durch Blitzstrahlen, solche weisse Streifen. Die Geschlechtsteile wurden angewärmt, der Samen wurde bis herüber an das Bettlaken gezogen, als ob er angesaugt würde. Die Frage, ob es nicht eine gewöhnliche Pollution gewesen sei, wird verneint. Im Kreuz sei es warm, und als ob auf den Wirbel gedrückt würde. Kurze Zeit sei ihm aus dem Rücken Wasser abgezogen worden. Gegen den Kinnbacken sei ihm einmal während des Schlafes mit einem Säbelbügel geklopft worden, weil der Mund nicht aufging. Dann wurde er gewahr, dass der Hals ihm aufgeschnitten wurde. Darauf wurde der Leib, der vorher dick war, dünn. Die Beine bekam er nicht in die Höhe. In einer Nacht habe man ihm die Beine mit Nadeln zerstochen, in dem einen Bein sassen 68, im andern 8 Stecknadeln. Die Lider habe man ihm mit Firniss bestrichen, die Haare der Lider wurden infolgedessen verkleistert. Auch auf die Brust habe man Firniss geschmiert,

denn es war da so klebrig. Auf den Lippen habe er einen merkwürdigen Geruch, wie nach fauligem Fleisch. „Ich habe auch Lichterscheinungen auf meinem Kopf gehabt, ich habe auf meinem Kopf unter dem Hut das Bildnis eines Dr. St. gesehen.“ „Ich habe auch die vielen Stimmen schon seit 25. Dezember 1897, damals auf dem Hofe, gehört; es sind zum Teil Stimmen von Bekannten (nennt eine Reihe ihm befreundeter Lokomotivführer), ich kann sie aber nicht sehen.“

Prof. „Wie ist das möglich?“ „Das ist eine Kunst.“

Die Stimmen gehen nicht permanent aber oft auf ihn, bald seien es allerlei Redensarten: „wir haben hier über dich zu schalten und zu walten,“ „mögen sie machen, was sie wollen, uns hat nur der Polizei-Präsident zu sagen.“ „Wir machen das so und so, wir petitionieren, da muss der unterschreiben und der unterschreiben“ (er fügt erklärend hinzu, man habe ihn einmal beim Präsidenten denunzieren wollen). Er hört auch das Atemholen der Leute, die er sprechen hört und das Kritzeln ihrer Federn, „wenn das Licht hoch steht“. Scheint von einer Lichterscheinung zu sprechen, die bald hoch, bald niedrig steht. Zeitweise waren es auch Beschimpfungen: Vagabund, Lump, Spitzbube; man habe gesagt: „er hat gestohlen“, und lauter so aufgebrachte Dinge.

Es werden ihm Notizen aus der Krankengeschichte vorgelesen über frühere Äusserungen, er bestätigt dieselben; sie lauten:

Hört Stimmen vom 16. Polizei-Kommissariat: „Wir haben Dich hereingebracht, wir werden Dich auch wieder herausbringen. Hier haben wir zu sagen. Wir werden Dir's schon anstreichen, das ist ein städtisches Krankenhaus, hier hast Du garnichts zu suchen; der Arzt kann uns am Arsche lecken, hier werden sie mit dem Knüppel kuriert, hier werden sie mit dem Fuss in die Zelle gestossen, hier ist eine Fallthür, da wirst Du darüber geführt, die geht von selbst auf, und wenn er drauf ist, auch von selbst zu; da nehmen sie Dich unten in Empfang und hacken Dir die Beine, Arme und den Kopf ab. Dort unten im Keller befindet sich eine Fleischkiste, da kommen die Überreste hinein, das andere fressen die Hunde. Der Körper wird dann geöffnet, und wenn was besonderes dran ist, nach der Anatomie geschafft.“ Als der Arzt von der Visite weg war, hörte er: „Siehst Du, Du Aas, hier kriegst Du kein Recht, hier haben wir das Kommando.“

Pat. giebt ferner an, er komme oft mit der Sprache nicht heraus, es ist, als ob die Luftröhre direkt verstopft wäre; wenn er sich zwingt,

wird es wieder lose. Er erinnert sich, bei einer Prüfung durch Dr. L. das Wort „Berlin“ nicht herausbekommen zu haben, es wurde ihm im Halse festgehalten.

Auf die wiederholten Fragen, wer ihm das alles mache? erklärt er immer wieder, er wisse es nicht, „es seien dieselben.“ Welches Interesse man daran habe? Das wisse er nicht, die Ärzte könnten nicht dahinter stecken, weil er draussen dasselbe gehabt habe.

Es wird gefragt, wie er sich die Einwirkungen erkläre, ob etwa durch Elektrizität? „Ja, es muss doch elektrische Wirkung sein, ebenso wie das elektrische Licht sich auf so viele Meilen durch Kupferdraht verbreite.“ „Es muss doch durch Material hergestellt werden.“ Bestimmtes über Urheber und Übertragungsweise ist heute nicht aus ihm herauszubekommen.

Mit der Behandlung ist er zufrieden. Früher hat Pat. alle Belästigungen auf die Polizei, speciell einen Schutzmann Göppert zurückgeführt.

Besprechung: Frühere Aussagen des Pat. und Erkundigungen bei seiner Wirtin ergeben noch folgendes: War bis zu dem Unfall gesund; hat seit dem Unfall mehr getrunken. Am Tage nach dem Unfall konnte er nicht laufen. Schwäche der Beine, Gefühl der Schwere derselben und andere nervöse Sensationen, damals aber keine wahnhafte Deutung. Seit April 1896 Besserung und Wiederaufnahme des Dienstes. Seit April 1897 Schlaflosigkeit und (ab und zu) incontinentia urinae. Die Inkontinenz schwand nach einigen Monaten. Ende des Jahres 1897 traten zuerst Delirien mit kombinierten Halluzinationen und körperlichen Sensationen auf. Stimmen zuerst im Dezember 1897.

Bei der Aufnahme hatte Pat. stark herabgesetzte Patellarreflexe und gesteigerte passive Beweglichkeit der Beine. Letztere in geringerem Grade noch vorhanden, die Reflexe sind kaum noch unternormal zu nennen.

Nach diesem Verlauf ist anzunehmen, dass von Anfang an ein Gemisch von funktionellen (hypochondrischen) und organischen (spinalen) Beschwerden als Folge des Traumas bestanden. Aus der traumatischen Neurose entwickelte sich die hypochondrische Psychose. Es ist hier das Bewusstsein der Körperlichkeit fast ausschliesslich erkrankt. Daneben bestehen in Stimmen gekleidet auto- und allopsychische Angstvorstellungen. Ein Teil der Stimmen sind nur in Worte gekleidete Erklärungswahnideen.

Die hypochondrische Psychose nach Unfällen ist seltener als die hypochondrische Neurose. Bei letzterer werden die abnormen Sensationen nicht als durch äussere Einwirkung bedingt angesehen.

Nach dem bisherigen Verlauf ist die Prognose ungünstig zu stellen.

---

21. Luise Fl . . . . ., Hilfsweichenstellersfrau, 26 Jahre.
Klinische Vorstellung am 21. I. 1899.

Aufnahme am 22. XI. 1898. Die Kranke, eine anämisch aussehende rothaarige Frau, mit sehr zarter Haut, muss bis zu dem Sitzplatz vor dem Auditorium geführt werden, da sie, sobald sie sich selbst überlassen wird, sogleich stehen bleibt, und nimmt, nachdem eine Aufforderung vergeblich geblieben ist, durch einen leichten Druck auf die Schultern veranlasst, im Lehnstuhle Platz. Das Gesicht ist wenig belebt, die Augen, weit offen, wandern unruhig hin und her, ohne eigentlich zu fixieren, und geben so dem Gesichte den Ausdruck der Ratlosigkeit. Die einmal eingenommene sitzende Haltung, mit leicht vorn übergebeugtem Oberkörper, die Arme schlaff auf den Seitenlehnen hängend, verändert sie aus eigenem Antriebe nicht. Lidschlag selten.

Pat. spricht kein Wort, weder spontan, noch auf eindringliches Befragen, und sieht dabei an dem Prof. vorbei. Bei passiven Bewegungen der Arme ist das Symptom der wächsernen Biegsamkeit zu konstatieren und das Verharren in erteilten Stellungen. Die Aufforderung aufzustehen löst keine reaktive Äusserung aus, wohl aber öffnet sie nach mehrfacher eindringlicher Aufforderung den Mund und streckt ebenso die Zunge heraus.

Passiven Bewegungen des Nackens und Kiefers stellt sich ein bedeutender, wie reflektorischer Widerstand entgegen: Negativität.

Am 13. XI. 1898 hat Pat. ihre erste recht schwere Entbindung von einem grossen Kinde überstanden. Am 22. XI., früh 3 Uhr, erkrankte sie unter so schweren psychotischen Symptomen, dass die Angehörigen noch am selben Tage ihre Aufnahme in die Anstalt veranlassten.

Von Anfang an bestand das Bild der Motilitätspsychose, verbunden mit Angstvorstellungen. Sie bewegte rhytmisch Kopf und Hände und äusserte, ihr Kind sei ihr gestohlen, man wolle sie begraben.

In der Anstalt trat ein fieberhaft deliranter Zustand ein, der vom 28. November bis 8. Dezember anhielt. Puls 120, Temperatur 38 bis 39. Dabei bestanden die pseudospontanen Bewegungen fort, sie äusserte schwere hypochondrische Sensationen, Wasser sei im Kopf etc. An ihre Bewegungen knüpfte sie Erklärungsideen: sie wollte beichten, weil sie die Hände zusammenfaltete. Dabei liess sich eine Art Verwirrtheit feststellen. Ideenflucht, nicht eigentlich Rededrang, aber auf Fragen verkehrte Antworten. Von Anfang an war sie desorientiert: sie wäre bei ihrer Mutter oder im Gefängnis. Hypermetamorphose. Dies Stadium wird beim Wiederauftreten der Menses (17.—20. XII.) abgelöst durch ein akinetisches: Regungslosigkeit, Nahrungsverweigerung, Flexibilitas cerea. Sensorium anscheinend wie vorher delirant benommen.

Nachdem die Kranke noch im Januar eine Pleuritis durchgemacht hat, scheint sich jetzt ihr Befinden zu bessern.

Seit etwa 8 Tagen Nachlass der akinetischen Erscheinungen, freierer Ausdruck, Beginn von Anteilnahme und Verständnis für die Situation.

---

22. Anna H. . . . . ., Tischlersfrau, 41 Jahre.
Klinische Vorstellung am 25. I. 1899.

Aufnahme am 2. I. 1899. Die Kranke, eine körperlich sehr heruntergekommene Frau, betritt zögernd, mit kleinen langsamen Schritten das Auditorium und nimmt auf dem für sie bestimmten Stuhle Platz. Ihre Haltung hat etwas Starres, Unbewegliches, nur ihre Hände verraten eine gewisse Unruhe, sie reibt sie gelegentlich gegeneinander, oder zupft an den Fingern, wie jemand, der verlegen ist oder sich auf etwas zu besinnen sucht. Das Gesicht, entstellt durch eine mit dem Knochen verwachsene Narbe, die tief und fingerbreit in den rechten Brauenbogen einschneidet, hat einen unglücklichen Ausdruck. Ihre Antworten giebt sie zögernd, mit leiser, nicht selten durch Weinen ganz unverständlich werdender Stimme. Einfache Fragen beantwortet sie meist prompt, schwierigere erst auf wiederholtes Drängen, häufig in recht unbeholfener Weise.

Die Situation beurteilt sie völlig richtig, zeitlich dagegen ist sie nur ungenau orientiert.

Ihr Gedächtnis ist nicht schlecht zu nennen. Sie erinnert sich, Prof. W. vor 10 Jahren in der Anstalt kennen gelernt zu haben, er-

zählt die Geschichte ihrer Erkrankungen in zeitlich richtiger Folge; die Schule, die sie besucht hat, ihre Lehrer, den Pastor, der sie konfirmierte, ihren Konfirmationsspruch, einige Dienststellen, die sie inne hatte, nennt sie richtig. Ihre Merkfähigkeit ist gut: Das Wort Anaxagoras giebt sie nach 10 Minuten richtig wieder.

Von spontanen Äusserungen ist nur eine zu erwähnen, die sie aber häufig in weinerlichem Tone wiederholt: „Ich möchte nach Haus“ oder „mir ist bange nach Hause“. Dieser Wunsch nimmt ihr ganzes Denken in Anspruch, so dass sie ihn ein paar Mal, anstatt die gerade an sie gerichtete Frage zu beantworten, äussert und eindringlich zur Aufmerksamkeit ermahnt werden muss. Auf die Frage, ob sie durch die Prüfung angestrengt werde, antwortet sie nein, aber es sei ihr peinlich.

Von Schulkenntnissen verfügt sie nur über den am festesten eingeprägten Gedächtnisstoff. Sie weiss, dass Deutschland ein Kaiserreich, Preussen ein Königreich ist und nennt den regierenden Kaiser. Sie beantwortet Fragen aus dem kleinen 1×1 mit wenigen Ausnahmen richtig, kann aber einfache Additionen nicht ausführen. Sie weiss ferner mit den Himmelsgegenden Bescheid, giebt aber an, die Oder fliesse nach Norden ins Schwarze Meer. Wird selbständige Denkthätigkeit von ihr verlangt, so antwortet sie mit „ich weiss nicht“ oder auch in nicht zutreffender Weise:

„Wo fliesst die Oder?“ „Den Stadtgraben entlang.“

„Warum fliesst das Wasser in der Oder?“ „Weil es der Wind bewegt.“

Charakteristisch ist auch die Art, wie sie sich verhält, wenn Begriffserklärungen einfacher Worte oder Unterscheidungsmerkmale inhaltlich verwandter Begriffe von ihr verlangt werden:

„Wissen Sie, was ein See ist? . . . . . Haben Sie schon einmal einen See gesehen, Frau H.? . . . . Nun?“ „Nein.“

„Aber Sie wissen doch, was ein See ist. . . . . Antworten Sie doch, Sie werden doch wissen, was ein See ist?“ „Ja.“ „Nun?“ „Das ist für Badegäste ein Erholungsort.“

„Was ist der Unterschied zwischen See und Teich?“ „Ein See ist bedeutend grösser als ein Teich.“

„Wissen Sie was eine Thür ist?“ „Ja.“

„Was ein Thor ist?“ „Ja.“

„Was ist der Unterschied?“ „Durch ein Thor kann man durchfahren.“

„Woher kommt das?“ „Weil man es weit aufmachen kann.“

„Nun, eine Thür kann man doch auch weit aufmachen?“ „Ja, aber da kann der Wagen nicht durch.“

„Nun also, was ist der Unterschied?“ „Ja, weil man eben durchfahren kann.“

„Worauf beruht denn das, dass man durch das Thor mit dem Wagen durchfahren kann, durch die Thür aber nicht? Nun? .... Das wissen Sie nicht?“ „Nein.“

„Wissen Sie was ein Berg ist?“ .... „Ich möchte gern nach Haus.“

„Sie sollen jetzt antworten! Wissen sie was ein Berg ist?“ „Ja.“

„Was ein Hügel ist?“ „Ja, kleiner als ein Berg.“

Von der ausgedehnten Gedächtnislücke, die früher vorhanden war, lässt sich jetzt nur noch wenig nachweisen. Sie weiss nicht, ob sie sich aus dem Fenster gestürzt hat oder hinausgefallen ist, erinnert sich nicht auf den Zustand, in welchem sie das Bewusstsein wieder erlangte, kann aber schon angeben, dass sie sich beim Erwachen im Allerheiligenhospital befand, dass dort ein Christbaum angezündet wurde, und kennt den Namen des behandelnden Arztes und der Pflegerin.

Besprechung: Patientin stammt aus einer erblich nicht belasteten Familie. Sie hat sich am Broterwerb für ihre Angehörigen durch anstrengende Näharbeit beteiligen müssen. Im Frühjahr 1889 erkrankte im Anschluss an eine schwere Phlegmone der linken Hand an affektiver Melancholie und wurde nach 4wöchentlicher Anstaltsbehandlung als geheilt entlassen. Sie blieb geistig gesund, bis sie im Anschluss an eine sehr schwere Phlegmone der rechten Hand, infolge deren sie durch Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit sehr herunterkam, im Oktober 1898 wiederum an affektiver Melancholie erkrankte. Am 10. Tage nach dem ganz akuten Ausbruch dieser Psychose stürzte sie sich von ihrem Fenster im vierten Stock in den Hof hinunter und zog sich hierbei einen Beinbruch und Schädelbruch zu. Sie wurde im Allerheiligenhospital behandelt und am 23. XII. 1898 nach Hause entlassen. Sicheres über ihr Verhalten dort liess sich nicht ermitteln. Jedoch geht mit Wahrscheinlichkeit aus den Angaben der Angehörigen hervor, dass ihr Zustand dem bei der Aufnahme glich. Die Aufnahme erfolgte am 2. I. 1899. Hier zeigte sie die ersten 14 Tage ein

völlig gleichbleibendes Krankheitsbild. Von Anfang an war sie über die Situation orientiert. Es bestand aber eine Gedächtnislücke, die den grössten Teil ihres Lebens bis zu ihrer Schulzeit zurück umfasste. Sie wusste nicht, ob sie verheiratet wäre, ob sie Kinder hätte, wusste nicht von ihrer Dienstmädchenzeit und von früheren Krankheiten. Sie konnte sich nicht erinnern, dass sie zum Fenster hinausgestürzt war, woher ihre Knochennarbe stammte, ebenso wenig, wie und wann sie ins Irrenhaus gekommen wäre. Dabei schienen die gewöhnlichsten Schulkenntnisse gut erhalten; sie konnte sogar ihren Konfirmationsspruch aufsagen. Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit waren annähernd normal. Im Gegensatze dazu eine auffallende Unfähigkeit zu irgend komplizierterer Gedankenthätigkeit, Patientin wusste beispielsweise den Unterschied zwischen Kalb, Kuh und Ochs, Berg und Gebirge, Teich und See und Fluss nicht herauszufinden. Dabei wurde die Frage, ob die Untersuchung sie ermüdete, verneint. Die erschwerte Auffassung für komplizierte Fragen verriet sich häufig in Wiederholung der Frage; dabei keine Verlangsamung für das ihr überhaupt zur Verfügung stehende Material.

Keine subjektive Insuffizienz, keine Angst, keine Halluzinationen oder hypochondrische Sensationen u. a. m. Dagegen ein sehr auffälliger Affekt der autopsychischen Ratlosigkeit, der ganz besonders bei Fragen, die sich auf ihre Personalien bezogen, aber auch sonst hervortrat.

In den letzten 8 Tagen rasche Besserung der Erscheinungen bis zu dem augenblicklichen Status. Offenbar ist die Denkstörung geringer, die Gedächnislücke weniger umfangreich geworden. Der Affekt autopsychischer Ratlosigkeit hat mehr den Charakter der Bangigkeit angenommen.

Für einen Einfluss des Trauma's auf die Psychose spricht die unverkennbare Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit den sonst nach Kopftrauma vorkommenden Fällen retroaktiver Amnesie, während andererseits gewisse Symptome der affektiven Melancholie vorhanden sind.

Die Prognose dürfte in Anbetracht der bisherigen Besserung günstig zu stellen sein.

Diagnose. Akute, traumatische Autopsychose mit Defektzustand.

23. Herr Sch. . . ., Partikulier, 70 Jahre.
Klinische Vorstellung am 25. I. 1899.

Wohlgenährter, gesund aussehender alter Herr. Tritt artig auf den Prof. zu, begrüsst ihn und das Auditorium. Giebt über seine Personalien geordnet Auskunft. War bis zu seinem 30. Jahr als Kaufmann in Stellung und lebte darauf, nach dem Tode seines Vaters, als Rentier von einem kleinen Vermögen.

„Sie sind Herr Scholz?“ „Ja.“

„Sie kennen mich doch?“ (lacht) „Der Herr Medizinalrat.“

„Wie lange sind Sie hier?“ „Seit dem Jahre 85.“

„Wo hier?“ „In der städtischen Irrenanstalt.“

„Warum?“ „Ich wurde hier eingeliefert.“

„Sind Sie gezwungen oder freiwillig hier?“ „Ich bin freiwillig hier geblieben wegen meiner eigenen Sicherheit. Ich hätte schon wiederholt entlassen werden können von den Herren Ärzten, aber ich wollte nicht. Draussen fürchtete ich Belästigungen, aber hier bin ich frei davon.“

Er wird aufgefordert, über die draussen erfahrenen Belästigungen zu berichten.

„Ich bin 7 Jahr hindurch bis zum Jahre 80 in einem Geschäftshaus aus und eingegangen. Es war ein Spezereiwarengeschäft mit Ausschank. Ich hatte die Absicht, die Tochter des Besitzers zu heiraten. Ich war wohl zweimal täglich dort. Mit dem Mädchen hatte ich noch nicht gesprochen, aber bei dem Vater um sie angehalten. Ein Lehrer bemühte sich auch um sie. Später erfuhr ich nun, dass die Vermögensverhältnisse des Vaters sich verschlechtert hätten. Da dachte ich, mag sie lieber den Lehrer heiraten, und blieb aus dem Lokal weg. Das war im Jahre 1880.“

Den Anlass zu seiner Aufnahme gab nach seiner Schilderung folgender Vorgang, der sich 9 Jahre später im Jahre 1889 abspielte. Bei seinen Ausgängen pflegte er täglich einem in der Nähe wohnenden Herrn R. zu begegnen, der mit dem Bruder jenes Kaufmannes befreundet war. Eines Tages fiel ihm auf, dass derselbe an der Überführung der Eisenbahn in der Höfchenstrasse, die er zu passieren hatte, stand und die leeren Eisenbahnwagen zählte; er trat an ihn heran und fragte ihn: „Warten Sie vielleicht auf mich?“ und ging dann weiter. Wenige Tage darauf habe derselbe Herr ihm vom Fenster seiner Wohnung aus mit dem Stock gedroht. Kurz darauf

traf er ihn wieder mit einem zweiten Herrn auf der Strasse im Gespräch. Ohne das Gespräch zu hören, war er überzeugt, dass man über ihn spräche und auf ihn zeige. Vermutlich hätten sie gesagt: „Das ist der Lump, der das Mädchen sitzen gelassen hat.“ Er trat an den Herrn heran und sagte: „Was wollen Sie denn eigentlich von mir? Wenn Sie etwas wollen, bitte folgen Sie mir doch!“ Darauf folgten ihm die Herren nach seiner Wohnung. Er ging herauf und sah sie vor dem Hause stehen. Er drohte ihnen vom Fenster aus mit dem Stöckchen und sagte: „Ich werde Ihnen schon das Leder versohlen.“ Jene erkundigten sich im Hause nach seiner Adresse. Am nächsten Tage wurde er vor die Polizei geladen und kam auf deren Veranlassung in die Anstalt.

Pat. war wiederholt entlassen worden, jedesmal aber traten ausser der Anstalt die alten Belästigungen wieder auf. Später gingen die Belästigungen auch von ganz unbekannten Personen aus.

„Einmal tritt mir ein junger Mann in den Weg. Was fällt Ihnen denn ein, sagte ich und gehe weiter. Ein ander Mal treffe ich ihn wieder. Da gehe ich an ihn heran und sage: Wollen Sie mir vielleicht wieder in den Weg treten? Ein drittes Mal steht ein Mann an der Bedürfnisanstalt, als ich hineingehe, als ob er auf mich wartete. Als ich herauskomme, steht er noch da, nachher kommt er mir wirklich nach. Dann ist er verschwunden, aber als ich an einer Brücke im Scheitniger Park stand, stand der junge Mann wieder da mit einem andern.“

„Wollten die Ihnen was anhaben?“ „Ja, ich glaubte, sie wollten mir das Leder versohlen.“

„Wer hat sie denn angestiftet?“ „Vielleicht die Polizei.“

„Wie kommt die Polizei dazu?“ „Weil sie mich noch von damals kannten und sehen wollten, wie ich mich benehme.“

„Noch von der Angelegenheit mit dem Herrn R.?“ „Ja.“

„Nun waren die Belästigungen zu Ende, als Sie in die Anstalt kamen?“ „Alles verschwand, sobald ich in die Anstalt kam.“

Besprechung. Zuerst circumscripter autopsychischer Beziehungswahn aus überwertiger Idee. Später verallgemeinerter Beziehungswahn, der in der Anstalt immer sofort aufhört. Hier zeigten sich nur in Zeiten gestörten Allgemeinbefindens Zeichen krankhafter Eigenbeziehung.

Ein affektvolles Erlebnis ist hier der Ausgangspunkt eines Verfolgungswahnes. Analoge Beispiele liefert der sogenannte Querulantenwahn.

---

24. K . . . ., Zimmermann, 61 Jahre.

Klinische Vorstellung am 28. I. 1899.

Aussehen dem Alter entsprechend, leerer, dementer Gesichtsausdruck. Wird in das Auditorium geführt, bleibt vor einem Assistenten stehen und blickt ihn blöde an. Angerufen und am Ärmel gezogen, dreht er sich zum Prof. und setzt sich auf den Stuhl.

„Sind Sie der Kusche?" „Kusche? ja."

„Kennen Sie mich?" „Wie?"

„Kennen Sie mich?" „Ja".

„Ob Sie mich kennen?" „Ja, ja".

„Wer bin ich?" „Ja, ich, ich, ich . . bin in . . . von der, von der . . . beschissen, ich schiss, verschiss, bin ich."

„Wer bin ich?" „Ich bin, ich bin . . . bei . . . . (Pat. bemüht sich eine halbe Minute lang vergeblich, etwas heraus zu bringen, dann) die ist, die ist blos ein, sech, sechte sechszehn, mit der euerf euerf, mede arbeite."

„Wie heissen Sie?" „Nun das ist, se ererr, err berichheit, errbemacher, erbendes das metlei, metsu esmeteil."

„Wie heissen Sie?" „Die Metsember."

„Wie Sie heissen?" „Ich kann es sehen ja."

„Seien Sie mal still!" (Pat. schweigt.)

„Zeigen Sie die Zunge!" „Wollen Sie sie machen?"

„Zeigen Sie die Zunge!" Pat. thut es nach einigen unvollkommenen Ansätzen. Auf dreimalige Aufforderung, die Hand zu geben, zeigt er immer wieder die Zunge, hebt schliesslich den Arm etwas, ohne seine Hand in die des Prof. zu legen. Die Aufforderung, die Augen zu schliessen, wird befolgt, die Aufforderung, aufzustehen, erst nach der dritten Wiederholung.

„Drehen Sie sich einmal um!" Pat. thut es, läuft 5 Schritte vorwärts, macht kehrt und kommt zurück.

„Setzen Sie sich hin!" „Hierher?"

„Setzen Sie sich hin!" „Hierher?"

„Sie sollen sich setzen." Es geschieht.

„Wo ist Ihre linke Hand?“ „Ja.“ Wiederholung der Frage: nochmals „ja.“ Auf die Fragen, wo sein Kopf, sein Bein, sein Bart sei, macht er verlegene ratlose Bewegungen, spricht einige verstümmelte Worte, ohne die Fragen zu beantworten. Aufgefordert, den Tisch zu zeigen, sagt er: „Kann ich nicht,“ zeigt schliesslich unsicher nach mehrfacher Wiederholung der Aufforderung den Tisch, das Wort „Tisch“ fragend wiederholend.

Besprechung: Es liegen hier zwei Sprachstörungen verschiedenen Ursprungs vor. Erstens ein paralytisches Silbenstolpern höchsten Grades, Tremor der Lippen und der Stimmbänder. Zweitens Zeichen einer sensorischen Aphasie: Das Sprachverständnis ist im höchsten Grade gestört, und im Sprechen tritt neben dem Silbenstolpern deutlich Paraphasie zu Tage. Zeitweise versagt ihm die Sprache ganz. Pupillen sind starr.

Es handelt sich um Herdsymptome bei einer progressiven Paralyse. Pat. hat einen Anfall erlitten, der Spuren einer rechtsseitigen Lähmung zurückliess. Man kann hier Herde im linken Schläfenlappen und der Brocaschen Windung erwarten, von der Art, wie sie Lissauer beschrieben hat, nämlich von schichtenweiser Degeneration der Ganglienzellen in bestimmten Rindenbezirken.

---

25. S . . . ., Cand. theol., 30 Jahre.

Klinische Vorstellung am 28. I. 1899.

Blasser, etwas magerer junger Mann mit nicht unintelligentem Gesicht. Setzt sich hin, bleibt in zusammengesunkener Haltung, mit gesenktem Kopf und grollendem, mürrischen Gesichtsausdruck, am Schnurbart drehend, sitzen. Die Frage nach der Bedeutung der Situation und der Demonstration beantwortet er vollkommen korrekt. Er erklärt dann, er verweigere jede weitere Auskunft. Als der Prof. ihn umzustimmen versucht, wird er sehr heftig und antwortet in gereiztem Tone, er habe keine Lust hier als lebendes Bild vorgestellt zu werden. Er lasse sich nicht als kleines Kind behandeln. „Warum er so zornig sei?“ „Ich habe Grund genug, $^3/_4$ Jahre einen Menschen einzusperren! Sperren Sie mich doch in die Zelle!“ Alle Versuche, während des Vortrages ihn zur Aussprache zu veranlassen, bleiben vergeblich. Nur 3 Mal ist er zu einer kurzen Äusserung zu bewegen. Einmal giebt er bezüglich

eines aus der Krankengeschichte vorgetragenen Passus zu, die Angaben seien richtig, aber sagt, sie seien unlogisch verknüpft. Ein zweites Mal sagt er mit verhaltener Wut, „wozu der alte Brei wieder aufgewärmt werde, das sei doch nur langweilig für die Herren Studierenden.“ Dann auf eine Frage: „Schweigen ist Gold.“ Den Mitteilungen aus der Krankengeschichte folgt er offenbar, wie sich aus einzelnen mimischen Äusserungen, wie ironisches Lächeln, erkennen lässt.

Der Kranke ist erst seit einigen Wochen so ablehnend und verschlossen; früher gab er bereitwilligst Auskunft und verfasste auch eine Selbstbiographie. Hieraus, sowie aus seinen früheren und den Angaben der Angehörigen ergiebt sich folgendes: Sowohl väterlicherwie mütterlicherseits mehrfach durch schwere Geisteskrankheit in der Familie belastet. Obgleich wenig begabt, kam er leidlich auf der Schule vorwärts. Die Oberprima und das Abiturium wurden ihm sehr schwer. Studierte Theologie, 1896 fieberhafte Krankheit mit Delirien, blieb danach längere Zeit körperlich schwach und nervös. Zu seiner Erholung ging er nach Obernigk, wo ihn eine den Eltern befreundete ältere Dame aus menschlicher Teilnahme in ihr Haus nahm. Hier trat er im Winter 1896 sehr anmassend und rechthaberisch auf. Weihnachten erklärte er, er gehöre ins Haus. Ostern 1897 wurden die ersten unverkennbaren Zeichen von Geistesstörung bemerkt. Er trat nun mit dem Wahne hervor, seine Eltern, Krotoschiner Bäckersleute, seien nur seine Pflegeeltern, in Wahrheit sei er von hoher Abkunft; jene Obernigker Dame, Frau B., sei seine Mutter, als Vater gab er bald Bismarck. bald Kaiser Friedrich III. an.

Nach seiner eigenen Darstellung hätte das Thema der einen ihm Michaeli 1897 zum I. Theologen-Examen gestellten Arbeit: „Über die Bedeutung der Kindertaufe“ bestimmte Zweifel hinsichtlich seiner Abkunft erweckt, jedoch seien dieselben vereinzelt schon früher aufgetreten. Als Schüler habe er Zuneigung zu einer reizenden Cousine gehabt, „ihre liebliche Gestalt weckte in mir den Zweifel, ob sie dem Sohne ärmlicher Eltern die Hand bieten würde. Ich baute mir Luftschlösser etc.“ Die Prüfungsarbeiten bestärkten ihn in seinem Zweifel bezüglich seiner Abkunft, dazu kamen Äusserungen von Vorübergehenden, wie: Prinz, Fürst. An den Schaufenstern leuchteten ihm Äusserungen, die er gethan, kurze Zeit darauf entgegen. Vor allem fiel ihm auf, dass der Spruch: „An Gottes Segen ist alles gelegen“, welcher an seinem Elternhause stand, sich auch an verschiedenen andern Plätzen fand.

„Er erfuhr auch von verschiedenen Seiten Bevorzugungen.“ „Die Folge war einerseits ein erhebendes Gefühl, andererseits ein Gefühl der Ratlosigkeit.“ In diesem Zustande wandte er sich Weihnachten 1897 in einer Eingabe an den Kaiser mit der Bitte um eine Anstellung unter Erlass des Examens. Die Selbstbiographie des Pat. zeigt klare Gliederung der Gedanken und gewandten Stil.

Auch seine mündlichen Äusserungen auf der Station waren formal immer korrekt. Auffallend war eine Neigung zu Wortspielereien: Heute ist Dienstag, da möchte ich in den Dienst entlassen werden. Auf dem Flur bat er, in die Flur entlassen zu werden. Als er mit seinem Bruder nach Berlin fuhr, in der Absicht, den Kaiser aufzusuchen, fiel ihm ein: „Vom Bruder zum Bruder“. Seine Schulkenntnisse sind recht defekt.

Auf der Abteilung war er meist freundlich und mitteilsam, stellte immer wieder die Bitte, zu seiner vermeintlichen Mutter nach Obernigk entlassen zu werden; er glaubt sich auf Schritt und Tritt beobachtet. Was er erzählt hat, wird von den anderen, die nicht dabei waren, wiederholt; man errät seine Gedanken. Wie sich das erkläre, ob etwa durch Hypnotismus, wisse er nicht. An der Wahnidee bezüglich seiner Abstammung hält er unerschütterlich fest.

Körperlich zeigt er nichts abnormes. Zeitweise hat er über Ohnmachtsanwandlungen und Herzbeschwerden geklagt. Im November hat er Nahrung verweigert, war einige Wochen lang nur mit grosser Mühe zu ernähren, ass dann wieder freiwillig.

Besprechung: Es handelt sich um einen typischen Fall sogen. originärer Verrücktheit. Die Desorientierung und zwar hinsichtlich der eigenen Person tritt hier von vornherein in Form von Primordialdelirien auf.

Der Kranke S. glaubt, das Examenthema habe den Gedanken erst bei ihm geweckt. Es verhält sich aber umgekehrt.

Die Ratlosigkeit in Bezug auf die eigene Persönlichkeit kleidet sich in Stimmen, wie „Prinz, Fürst“.

Sehr ausgesprochen ist jetzt bei ihm der Beziehungswahn, insbesondere auch der retrospektive. Die bedeutungslosesten Ereignisse seines Lebens scheinen ihm Andeutungen auf seine hohe Abkunft zu enthalten.

Das bei dieser Krankheit stets vorhandene Symptom der Erinnerungs

fälschung lässt sich mit Sicherheit bei ihm nur für die Angabe erweisen, dass er schon seit frühester Jugend bei den verschiedensten Gelegenheiten an seiner Herkunft gezweifelt habe. Die Erfindung ganzer Scenen und Vorgänge aus der Vergangenheit, wie sie gewöhnlich bei derartigen Kranken vorkommt, ist dagegen bei ihm nicht nachweisbar. Vermutlich hält er nur mit der Sprache zurück.

Die Prognose der Krankheit ist ungünstig: In vielen Fällen tritt bald schwere Demenz auf. Insbesondere bei denen, welche in der Pubertät entstehen. Diese lassen sich kaum von der Hebephrenie sondern. In unserem Falle ist ein chronisch ascendierender Verlauf bis zu inhaltlicher Verwirrtheit vorauszusehen. Bei dem Pat. vollzieht sich zwar das Vorstellen in den äusseren Formen des logischen Denkens. Auch ist eine nicht geringe Produktivität zu konstatieren. Jedoch wird sein Denken anstatt durch die inneren Zusammenhänge der Denkobjekte vielfach durch ganz äusserliche Beziehungen geleitet, z. B. durch den Klang der Worte. Derselbe giebt nicht nur Anlass zu den erwähnten Wortspielereien, sondern giebt ihm vielfach direkt die Begründung für Urteile und Wünsche ab.

Darin muss eine Beimischung von Schwachsinn erblickt werden, ebenso in gewissen auffälligen Defekten an Schulkenntnissen.

---

26. Frau Sch . . . , verw. Beamtenfrau, 37 Jahre.

Klinische Vorstellung am 31. I. 1899.

Aufnahme 24. Februar 1898.

Die Kranke, eine mässig genährte, ihrem Alter entsprechend aussehende Frau, bietet in ihrem Äussern und Benehmen nichts Auffälliges. Sie hat ein entschieden selbstbewusstes Wesen und sucht sich häufig zur Geltung zu bringen, indem sie Prof. W. in seinem Vortrage berichtigend oder bestätigend unterbricht.

Zeitlich ist sie gut orientiert; die Situation aber beurteilt sie nicht ganz richtig, da sie die Zuhörer zwar als Studierende, aber als solche der Jurisprudenz betrachtet, die sich auf Veranlassung eines ihr bekannten Gerichtsbeamten, der sie beschütze, hier eingefunden hätten, weil sie verhindert wäre, vor Gericht zu erscheinen. Sie räumt aber ein, es könnten auch Mediziner dabei sein. Über die Ursache ihrer Überführung in die Anstalt erzählt sie eine lange Geschichte von Wert-

papieren, die sie hätte verkaufen wollen, von ihrem Bruder, der sie in die Anstalt gebracht und wieder mitnehmen musste, weil das ärztliche Zeugnis unzureichend gewesen sei, von Bekannten, die ihr dann zum versuchsweisen Aufenthalt in der Anstalt geraten hätten, alles Dinge, aus denen klar hervorgeht, dass sie nicht die geringste Einsicht in das Krankhafte ihres damaligen Zustandes besitzt.

„Sie sind schwanger?" „Ja, das bin ich auch."

„Sie sind aber etwa schon $1^1/_4$ Jahr in anderen Umständen; da hätten Sie doch schon niederkommen müssen?" „Ja, aber durch dieses Chloroform und die Gifte, die ich einbekommen habe, ist das eben verhindert worden."

Prof. „Pat. hat die wahnhafte Vorstellung, in der Nacht in bewusstlosem Zustande geschwängert worden zu sein." „Das ist kein Wahn, das ist buchstäblich wahr, Herr Professor."

Prof. „Dass sie regelmässig menstruiert und noch nicht niedergekommen ist, das sei durch künstliche Mittel gemacht worden." „Ja, meine Mutter hat mir schon draussen Pulver auf das Brot gegeben. Ich habe es ja trotzdem gegessen, habe es aber bald gemerkt, denn die Schmerzen haben sich eingestellt im Kreuz."

„Haben Sie jetzt noch einen starken Leib?" „Nun, sie sehen doch, Herr Professor, wie ich zugenommen habe."

„Haben Sie denn Kinder?" „Ich habe zwei gehabt."

„Sie kennen also aus eigener Erfahrung die Empfindungen, welche die Schwangerschaft begleiten?" „Ja, wenn man die Hand auf den Leib legt, so spürt man auch die Bewegungen!"

„Wir aber nicht, Frau Scholz. Dürfen wir nicht auch einmal nachsehen?" „Nein, ich bin eine anständige Frau und lasse mich nicht entblössen vor den Leuten."

„Was spüren Sie denn im Leibe, Frau Scholz?" „Die Herztöne und die Bewegungen."

„Sie sagen doch, es sind Zwillinge?" „Ja, wenn man zweierlei Herztöne und Bewegungen spürt, und dann die Gesichter."

„Wie denn, die Gesichter?" „Ja, eins sieht dem A. Sch. ähnlich, eins mir."

Prof. „Dieser Sch., ein Zimmerherr von ihr, ist nämlich der vermeintliche Schwängerer, aber, sie meint, er habe es in guter Absicht gethan." „Ja, das hat er auch."

Pat. fühlte sich schon seit längerer Zeit leidend und glaubte,

die geschlechtliche Abstinenz sei schuld. Sie ist nämlich seit 7 Jahren Witwe und gab s. Z. an, dass ihr beträchtlich älterer Mann in ihrer 5jährigen Ehe nicht recht potent gewesen sei. Und nun glaubte sie, der Sch. wollte ihre Krankheit auf diese Weise heilen. „Das ist es nicht allein, von Haus aus ist es ja schon bestimmt gewesen, dass ich ihn heiraten sollte."

„Der eine Zwilling, sagten Sie früher, sei nicht recht lebensfähig?" „Jetzt, ja. Der eine, der auf der linken Seite gelegene, war kleiner, weil er ganz unten lag; nun aber hat sich das wieder heraufgezogen, beim Erbrechen am 1. I. 1898. Wie ich so steif war, sind auch die Zwillinge ganz steif geworden von dem Pulver; denn so, wie es in mir wirkt, so wirkt es auch bei den Kindern."

„Woher wissen Sie aber, dass das eine dem Sch., das andere Ihnen ähnlich sieht?" „Nun bei einer anderen Kranken, die auch schwanger war, habe ich doch am Gesicht, wie es sich veränderte, auch sehen können, wer der Vater war".

„Haben Sie nun eine genaue Vorstellung, wie die Zwillinge aussehen?" „Natürlich, das kann man sich doch vorstellen, wenn es die Fingernägel beweisen; und wie ich die Fingernägel habe, so hat sie auch der Sch."

„Wie ist denn das gekommen?" „Das hat Gott gemacht".

„Wie ist denn das möglich?" „Nun, der Körper verändert sich doch in der Schwangerschaft; das habe ich schon in der ersten Schwangerschaft wahrgenommen. So, wie eben der Bräutigam beschaffen war, so auch die Kinder".

„Sie können doch aber nicht sehen, wem die Kinder ähnlich sind? „O ja, im Spiegel habe ich es gesehen, es spiegelt sich doch im Gesicht wieder".

„Hat sich sonst Ihr Körper verändert?" „Nur die Haare; die sind jetzt auch so geworden, wie die des Sch."

„Sie glauben, dass das ein Zufall ist?" „Nein, Zufall nicht; dadurch wird ja eben die Zuneigung bewiesen".

„Hat er Ihnen denn die Ehe versprochen?" „Nein, aber ich ihm, und zwar seiner Tante gegenüber".

„Das genügt doch nicht?" „Wie ich einmal im Bett lag, da hat er neben mir gestanden und geweint, und die Thränen sind auf mein Gesicht gefallen. Ich bin darüber aufgewacht, dass er mich um den Hals genommen hatte, und dann war er fort. Ich hörte nur noch das eine Wort: »Warte«".

„Haben Sie ihn denn hier einmal gesehen?“ „Ja, öfter. Sie haben ja auch mit ihm verkehrt, und dann habe ich ihn vom Fenster aus auf dem Rade gesehen mit Herrn Dr. L., und dann einmal ist er vorbeigekommen, da hat er einen stärkeren Schnurbart gehabt; da hat er den Herrn B. vertreten“.

„Warum hat er Sie nicht einmal besucht?“ „Er sollte herabgedrückt werden und die Gebrüder B. erhoben von Herrn Prof. W. Ich aber drücke die Brüder B. herunter und hebe den Sch. in die Höhe“.

„Wie können Sie sagen, Sie heben den Sch. in die Höhe? Sind Sie denn eine so bedeutende Person?“ „Ja, das bin ich, wenn ich auch als gemeine Person hingestellt worden bin, denn sonst würden die Herren vom Militär sich meiner nicht so angenommen haben“.

„Was haben Sie denn da bemerkt?“ „Nun, sie sind hier vorbeigezogen und haben mich geehrt“.

„Sie haben präsentiert?“ „Ja, einmal, zweimal kann ich sagen. Da bin ich hier schlecht behandelt worden, zu der Zeit ist mir das Blut abgetrieben worden“.

„Das ist Ihnen hier erst eingefallen, dass ich mit dem Sch. befreundet bin. Sie kannten mich doch früher nicht?“ „O, ich habe Sie schon früher auf der Strasse gesehen und Ihren Namen gekannt“.

„Was wollen Sie nun thun? Wollen Sie sich hier zurückhalten lassen?“ „Nein, Sie wissen ja, dass ich das Attest ausgestellt haben will, dass ich zurechnungsfähig bin. Sie werden mich nicht zwingen, hier zu bleiben. Und wenn ich mein Leben opfern soll, so ist der Herr P. da (der oben erwähnte Gerichtsbeamte), der für mich eintritt“.

„Wie denn, Leben opfern?“ „Nun so wie andere Patientinnen sind ganz steif geworden, so bin ich es auch gewesen. Das kommt von den Pulvern“.

„Ist das schon häufiger wiedergekehrt?“ „Nein bei mir nur einige Male, in letzter Zeit nicht. Aber bei den anderen, die Frau Th. ist daran gestorben“.

„Also die anderen Kranken werden hier auch schlecht behandelt?“ „Die werden nur geschwächt. Ausnahmen giebt es natürlich, so wie die Frau St., die hier meine Nachfolgerin werden soll; da ist es ja anders“.

„Wie geht es mit Ihrem Denken?“ „Darin bin ich sehr schwach, das kommt von den Pulvern; dann ist es gerade so, als wenn Maden im Gehirn wären, und es würde direkt durchwühlt“.

„Wer, meinen Sie, steckt hinter der ganzen Geschichte?“ „Nun der Bäckermeister F., der ist bei der Loge. (Pat. hat vor ihrer Ehe mit ihm ein Verhältnis gehabt). Er hat mir nachgestellt, als ich eine Stellung als Schleusserin hatte“.

„Woran haben Sie aber bemerkt, dass er Sie verfolgt?“ „Nun es war in den Ferien, da ist der Vater von Sch., seine Mutter und eine Tante von ihm zu mir gekommen. Ich habe Kaffee vorgesetzt, und da war der Herr Vater noch nicht da. Als er kam, habe ich ihn aufgefordert mit Kaffee zu trinken; er stand am Sopha und hatte so etwas Unruhiges und Scheues, und (mit grossem Affekt), ich sage es vor den Herren hier, mögen sie mich dann auch für geisteskrank halten — er ist dann in der Thür gestanden und hat mich so angesehen. Und wie er mich so ansieht, da schlägt ein heller Blitz an sein Gesicht, und da sah ich die Larve, wie sie in der Freimaurerloge beschrieben ist. Dieses grinsende Gesicht“.

„Nun aber der Herr F.?“ „Der ist eben auch ein Freimaurer. Er ist damit in Verbindung gewesen“.

„Warum haben Sie das früher nicht gesagt?“ „Ja, da hätte mir der Herr Professor blos gesagt, dass das nur ein Wahn gewesen ist. Mag es einer glauben oder nicht, ich sage was wahr ist“.

Besprechung: Die Kranke ist seit 7 Jahren Witwe. Im Juli 97 erzählte sie ihrer Mutter, sie habe geträumt, der Sch. sei in der Nacht bei ihr gewesen. Damals lachte sie darüber. Ende August aber behauptete sie, dass die Menschen sie schlecht machten. Auf der Strasse hörte sie sagen: „Wenn sie nur wüsste“. Ende September stand es bei ihr fest, dass sie schwanger sei. Sie brachte die beiden folgenden Monate meist im Bett zu und verdächtigte ihre Mutter, dass sie ihr das Kind abtreiben wollte. In der Anstalt gab sie an, dass ihre Mutter geisteskrank sei. Hier bot sie in den ersten Monaten das Bild einer reinen circumscripten Somatopsychose: abnorme Sensationen im Unterleib, die sie auf eine Zwillingsschwangerschaft bezog. Die anschliessende Erklärungswahnidee beschränkte sich darauf, dass sie in bewusstlosem Zustande von dem Sch. geschlechtlich gebraucht worden wäre. Pat. betrug sich völlig geordnet und war gut orientiert.

Erst später hat sich allmählich eine Menge weiterer Erklärungswahnideen, ein äusserst verwickeltes Wahnsystem herausgebildet, so

dass sich jetzt die Psychose über alle 3 Gebiete des Bewusstsein-Inhalts erstreckt.

Die formale Denkthätigkeit ist auch jetzt noch völlig normal.

Als Ursache der Psychose dürfte hier das Missverhältnis zwischen geschlechtlichem Bedürfnis und Befriedigung herangezogen werden. Ihr Mann nämlich hat ihr nach ihrer Angabe in dieser Beziehung auch nicht genügt. Diese dauernde Gemütslage dürfte bei ihr dieselbe Rolle gespielt haben, wie das affektvolle Erlebnis bei Psychosen aus überwertiger Idee.

Prognose: ungünstig.

---

27. K l . . . . . , Kontorist, 18 Jahre.
Klinische Vorstellung am 9. XI. 1898.

Der Kranke, ein junger Mann von gutem Ernährungszustande, aber blasser Gesichtsfarbe, betritt „guten Morgen" grüssend den Hörsaal und geht mit markierten, an den sog. langsamen Schritt des Militärs erinnernden Schritten bis zur Tafel, wo er in grader, unauffälliger Haltung stehen bleibt und sich interessiert im Auditorium umsieht. Der Gesichtsausdruck ist lebhaft, die Lidspalten weit geöffnet. Auf Aufforderung nimmt er auf dem Stuhle Platz, wobei er die Arme ganz passiv an beiden Seiten herabhängen lässt. Puls klein, Extremitäten kühl und bläulich gefärbt.

„Wie heissen Sie?" Der Kranke blickt sofort den Sprecher an und antwortet mit deutlicher und lebhafter Stimme: „Wilhelm Kleinert."

„Kennen Sie mich, Kleinert?" „Jawohl, ich war schon einmal hier!"

„Was waren das damals für Herren?" „Die Herren Ärzte!"

„Und jetzt?" „Die Herren Studenten!"

„Wissen Sie, warum ich mit ihnen rede? Warum rede ich denn mit Ihnen, Kleinert; so antworten Sie doch!"

Pat. hat sein Gesicht von Prof. W. abgewendet und schaut nunmehr teilnamslos ins Leere. Der Kopf ist mehr nach vorn gestreckt und etwas vorn niedergebeugt. Die Schultern hängen nach vorn. Dabei nimmt das nunmehr stark gerötete Gesicht einen ängstlichen Ausdruck an; Schweisstropfen werden auf der Nase sichtbar. Trotz sehr energischen und eindringlichen Fragens antwortet Pat. jetzt sehr zögernd, mit heiserer, ängstlich klingender Stimme und nicht immer sinnentsprechend.

„Was habe ich Sie denn gefragt?“ (Nach wiederholtem Drängen) „Warum ich hier heraufgetragen worden bin.“

„Sie machen ja so ein trauriges Gesicht, was ist Ihnen denn?“ (Nach langer Pause und wiederholten Drängen) „Mir wurde schlecht!“

„Ist Ihnen jetzt wieder besser?“ . . . „ja.“

Pat. wendet nunmehr wieder sein Gesicht Prof. W. zu und giebt ganz wie im Anfange der Vorstellung wieder prompt Auskunft. Dieser Wechsel seines Verhaltens tritt noch mehrmals im Laufe der Vorstellung hervor. Über sich selbst und seine Umgebung ist Pat. gut orientiert. Für geisteskrank hält er sich nicht, er hat ein Nasenleiden. Näher gefragt, erteilt er die Auskunft, dass er im März d. J. thatsächlich an einem Nasenleiden behandelt worden ist. In der Irrenanstalt sei er wegen Delirium. Die Behandlung in der Anstalt sei gut. Gefragt, warum er bisweilen nicht antworte, giebt er an, dass ihm dann das Sprechen schwer werde. Als er gefragt wird, weswegen er eigentlich hier sei, und wo seine Krankheit stecke, fängt er plötzlich an zu lachen und gleich darauf zu weinen. Angst hätte er manchmal. Sie sitze bald am Herzen, bald im Kopfe, bald im ganzen Körper und sei nicht beständig, sondern nur zuweilen vorhanden.

Der Kranke folgt ohne Zögern jeder an ihn gerichteten Aufforderung; geht auf Befehl zum Tisch, nimmt die Kreide, schreibt seinen Namen an die Tafel, dreht sich um, steigt auf den Stuhl und kommt wieder herunter etc.

Jede Körperhaltung, die ihm Prof. W. giebt, hält er fest, bis er zu einer Änderung derselben aufgefordert, oder auch passiv in eine andere gebracht wird. Als er gefragt wird, warum er gestern (auf der Station) so lange in extremer (ihm passiv erteilter) Rumpfbeuge dagestanden hätte, sagt er: „Ich sollte mich vor dem Papst beugen.“ Als ihm Prof. W. stillschweigend beide Arme über dem Kopf erhebt, lässt er sie in dieser Lage. Gefragt, warum er das mache, sagt er: „Sie haben es mir befohlen.“ Die Hände werden ihm über dem Kopfe gefaltet. „Warum machen Sie das?“ „Um mich zu bessern.“ Auf Befehl nimmt er, in Weinen ausbrechend, die Hände herunter. Zum Schluss der Vorlesung bringt Prof. W. den Kranken wie gestern in extreme Rumpfbeugung, so dass er bei nur ganz leicht gebeugten Knieen mit den Handtellern die Erde berührt. In dieser äusserst gezwungenen Haltung verbleibt Pat., bis er auf Prof. W.'s Befehl von dem Wärter aufgerichtet und hinausgeführt wird.

28. Frau G. . . . ., Arbeiterfrau, 31 Jahre.

Klinische Vorstellung am 30. XI. 1898.

Pat., eine blasse, schlecht genährte Frau mit intelligentem Gesicht, zeigt in ihrem Benehmen nichts Krankhaftes. Sie antwortet auf alle Fragen, die ihre persönlichen Verhältnisse, ihre derzeitige Situation betreffen, prompt und ist vollkommen orientiert. Sie weint leicht bei geringfügigen Anlässen und giebt nur ungern über die Vorgänge, die sie während der Krankheit erlebt hat, Auskunft. Sie möchte diese so gerne vergessen, die Erinnerung daran sei ihr furchtbar. Einiges scheint sie thatsächlich vergessen zu haben, anderes wieder, worauf sie sich erinnert, schämt sie sich offenbar einzugestehen, so dass es oft recht eindringlichen Fragens bedarf, um sie zur Bestätigung der auf der Station gemachten Beobachtungen zu bewegen. Dass sie geisteskrank gewesen sei, giebt sie nicht zu, nur nervenkrank.

„Sie sagten, eine Nachbarin wäre schuld an ihrer Krankheit?“ „Ja, das habe ich mir eine Zeit eingebildet.“

„Wie kommen Sie darauf?“ „Ich habe sie schimpfen hören, es war so ein Aufruhr auf dem Flur; sie war immer so aufgeregt, sie war halt in jeder Sache viel klüger.“

„Sie haben mir doch gesagt, dass die Nachbarin Sie behext hat mit einem Buch?“ „Ja, sie hat ein Doktorbuch gehabt, ich habe gehört, wie sie das einer andern Frau erzählt hat, gesehen habe ich es nicht.“

„Danach hat sie Ihre Krankheit gemacht?“ „Nun ja, mein Mann hat auch gesagt, sie wäre die Aufreizung. Ich war so aufgeregt, selbst mit meinen Kindern habe ich mich nicht befassen können.“

„Hörten Sie auch Drohungen?“ „Ja, von dem Fleischer in unserm Hause. Er wollte kommen und mich einsperren lassen.“

„Sie hatten Angst?“ „Ja.“

„Wo steckte die Angst?“ „In meinem Kopfe.“

„Gestern erinnerte ich Sie daran, dass Sie im Anfange, als Sie hierher kamen, nicht allein auf einen Stuhl steigen konnten?“ „Ich war vielleicht zu schwach, oder habe mich geniert.“

„Dann haben Sie sich, als ich Sie aufgefordert, sich auf einen Stuhl zu setzen, erst dreimal umgedreht, ehe Sie sich setzten?“ „Das war eben Schwäche.“

„Hat das nicht auch die Nachbarin gemacht?“ „Ach wo.“

„Sie haben auch beim Essen nach jedem Bissen immer den

Mund aufgehalten; da haben Sie mir doch gesagt, die Nachbarin sei daran schuld?“ „Ja, das ist vielleicht auch der Fall.“

Über die eigentümlichen Bewegungen, die sie in der ersten Zeit mit ihren Händen machte, wenn sie das Essen zum Munde führte, giebt sie keine Auskunft, während sie am Tage vorher noch ebenfalls der Beeinflussung durch die Nachbarin die Schuld gegeben hatte.

„Sie haben aber immer gewusst, wo Sie waren, und haben auch die Ärzte erkannt?“ „Ja.“

„Sie haben die eine Kranke neben Ihnen für Ihre verstorbene Schwester gehalten?“ „Ja, weil sie ihr so sprechend ähnlich sah.“

„Dann haben Sie noch jemand verkannt?“ „Ja die Frau A. (eine Kranke) für meine zweite Schwester, das habe ich aber nicht lange geglaubt, weil ich bald sah, dass die Haare anders sind.“

Auf der Station hat sie ferner, als eine allerdings äussert abgemagerte Kranke hereingebracht wurde, diese für ein Gespenst gehalten. Das leugnet sie jetzt, giebt aber noch zu, dass sie die Knochen deutlich durch die Haut gesehen habe, und dass es besonders schrecklich und ekelhaft gewesen sei, als das Gespenst gegessen hätte. Es hätte genau ausgesehen wie ein Skelett.

„Dann haben Sie auch eine Kranke geschlagen?“ „Ja, es war mir alles zu viel. Ich habe damals geglaubt, als sie aus dem Bade kam und ich mich so vor ihr fürchtete, das es auch eine Hexe sei.“

„Dann haben Sie auch in Ihrem Gesicht gefühlt, dass es zusammenschrumpfe. Sie haben mit den Fingern nur die Knochen gefühlt?“ „Ja, es war eben ganz anders; ich war ganz mager.“

Pat. hat auch auf der Station geäussert, dass das Gaslicht ihren Kopf zusammenziehe, so dass ihr Kopf ganz klein geworden sei. Jetzt giebt sie es nur zögernd zu. Von einer anderen abnormen Empfindung im Unterleibe will sie nichts mehr wissen. Sie wird daran erinnert, sich gestern dahin geäussert zu haben, dass der Arzt sie in der Nacht geschlechtlich gebraucht hätte. Dies gesteht sie nicht ausdrücklich zu, bestätigt es aber durch ihr affektvolles Verhalten und Schluchzen.

„Dann sind Ihnen auch Gedanken gemacht worden?“ „Ja.“

„Was waren das für Gedanken?“ „Nun, allerhand, Herr Professor.“

Etwas Näheres über diese Gedanken auszusagen ist sie nicht zu bewegen. Schluchzend erklärt sie, dass sie daran nicht denken möchte. Dass es nicht ihre eigenen, sondern fremde Gedanken waren, merkte sie an der Unruhe in ihrem Leibe.

„Sie haben gedacht, dass Ihre Umgebung, die Kranken und Wärterinnen schuld wären an Ihren unangenehmen Empfindungen?“ „Ja, es ist mir doch aber nichts passiert.“

Besprechung: Ehe die Kranke in diesen ruhigeren Zustand kam, hat sie ein sehr kompliziertes Krankheitsbild dargeboten. Der Anfang war ganz akut. Ein Vierteljahr vorher bemerkte der Ehemann eine gewisse Verstimmung an ihr. Bis zum 23. X. hat sie noch ihren Haushalt versorgt, am 27. X. wollte sie ihren Mann nicht mehr zur Arbeit fortlassen, weil sie sich allein fürchtete. An diesem Tage kam sie in die Anstalt. Anfangs das reine Bild der Angstpsychose, dann Desorientierung in Bezug auf den eigenen Körper und die Aussenwelt; zugleich Motilitätssymptome akinetischer und parakinetischer Natur. Daran knüpfen sich Erklärungswahnideen abenteuerlicher Art. Sie sei von ihrer Nachbarin behext. In Zeit von drei Wochen ist das akute Stadium der Psychose abgelaufen, und jetzt ist ein paranoisches Stadium zurückgeblieben, in welchen sie die Missdeutung ihrer psychotischen Erlebnisse und die Erklärungswahnidee behext zu sein, noch festhält.

Die Prognose ist günstig bis auf die Gefahr eines nahen Recidivs, welches jedoch nach anderweitigen Erfahrungen auch einen günstigen Verlauf zu nehmen pflegt.

Ätiologisch kommen häusliche Sorgen, Überarbeitung, zu wenig Schlaf bei ungenügender Ernährung in Betracht.

---

29. M . . . ., Chemiker, 28 Jahre.

Klinische Vorstellung am 7. XII. 1898.

Jugendlicher, kräftiger Mann mit gepflegtem Äusseren und belebtem sehr wechselndem Ausdruck des Gesichtes, das in Ruhelage einen leidenden Zug hat. Beim Sprechen wird vorwiegend die linke Mundhälfte benutzt. In Ruhelage steht der linke Mundwinkel tiefer und die linke Nasolabialfalte ist stärker ausgeprägt.

Pat. kommt lebhaft herein: „Guten Tag, bitte schön“ (setzt sich mit dem Rücken zum Auditorium, streckt die Beine von sich, trommelt mit den Fingern auf den Tisch) „Wir können doch auch zusammen sitzen.“ (Springt auf.)

„Wollen Sie nicht sitzen bleiben?“ „Ja, ich will so bleiben.“

„Wie alt sind Sie?“ „Das ist auch so, wissen Sie, nörgeln Sie so viel herum .... Sie wollen mich doch untersuchen.“

„Sie kennen mich also?“ „Ja, Sie sind der Sanitätsrat, Kommerzienrat, Geheimrat.“

„Kommerzienrat nicht.“ „Aber es ist doch vorteilhaft, wenn Sie das bringen, denn was soll das, wenn Sie nachher für Geld .... da werden Sie doch in Anspruch genommen, nein, das ist ja ganz verkehrt, es handelt sich jetzt darum, weil es doch nicht sein kann, und, wir haben darüber gesprochen, ja ganz genau.“

„Wollen Sie meine Fragen beantworten?“ „Ja, sehen Sie, das muss doch immer da sein, wo es hingehört, sonst muss ich rausgehen“ (einem Assistenten zurufend) „Guten Morgen, Herr Dr.“ (zum Auditorium) „Ich werde Platz nehmen, wenn es den Herren angenehm ist“, (wieder aufstehend und ins Auditorium sehend) „das sind wohl Taubstumme?“

„Warum glauben Sie das?“ „Wie, weil eben das, weil das also richtig ist, sehen Sie, das ist vorteilhaft, wenn Sie davon sprechen. Sind Sie dafür? Sind Sie einmal in Kyritz gewesen?“ (lacht).

„Pat. ist guter Laune.“ „Ja, ich bin ein gemütlicher Mensch, haben Sie den immer hier? (setzt sich) „Sie haben doch nicht den Kaffee fertig?“

„Sind wir beim Frühstück?“ „Nein, wir können doch jetzt, wir müssen doch erst, nachher die Kopfreinigung vornehmen, mit dem Wärter, da war doch die Geschichte, früher haben wir doch schon darüber gesprochen. Es ist ja doch nötig, dass man das verstehen kann, und doch ist es möglich, dass man das gewissermassen nicht herauskriegen will, weil die Leute zu dusslig sind“ (er runzelt die Stirn, steht dann mit dem Stuhl, auf dem er sass, auf, setzt sich wieder hin, steckt die Hände in die Hosentaschen und nimmt eine äusserst zwanglose Haltung an).

„Verstehen Sie mich vollständig?“ „Ja, ich verstehe Sie“ (zieht sich den linken Strumpf aus und kratzt sich an der Fusssohle). „Wittekind kennen Sie? Waren Sie mal in Goltz, Gotz, Gotzloh?“ (springt auf, sieht sich interessiert im Auditorium um) „Also, meine Herren, Sie wissen doch, dass man da also andere Sachen gehabt hat, also, nein, Vereinigungen gehabt hat, dass man also die Sache nicht anders verstehen will, nicht wahr? Also dass man, sehen Sie, immer darauf hinausgeht, dass man einen gewissen festen Begriff trifft, ein Centrales,

eine Hypotenese.“ „Sie kennen doch das schöne Lied von dem Limmer, waren Sie mal in Limmer?“ (pfeift und knackt rhytmisch mit den Fingern).

„Warum pfeifen Sie denn jetzt?“ „Kennen Sie das schöne Lied von dem Unteroffizier Schnaase mit der schönen Nase nicht? Mir fällt das gerade ein, Sie müssen sich darauf nicht einlassen, haben Sie darüber gehört meine Herren, haben Sie darüber gehört?“ (stürzt auf einen Assistenten zu und steckt den Bleistift durch dessen Notizblatt) „Ich habe Ihnen doch gesagt, dass Sie durchstechen, wozu spielen Sie denn Skat.“ (zum Prof.) „Sie haben einen schönen Schlips um.“ (im Plaudertone) „Haben Sie schon mehrere Kranke untersucht?“ (zu den Studenten) „Haben Sie mal den Horaz gelesen, Sie waren doch früher auch mal auf der Universität?“ (zum Prof.) „Waren Sie mal in Berlinchen?“

„Was sind das für Herren?“ „Ja, die Schmiererei, ich weiss, dass es Studierende sind.“

„Warum rede ich zu den Herren?“ „Sie hätten es man gleich reden sollen, das ist ja ganz richtig. Kennen Sie Stuv? Waren Sie mal in, in in na wir wollen mal sagen in Salzburg (läuft auf den Assistenten zu), bitte schreiben Sie doch nicht so schnell, es hat ja doch keinen Zweck. (zum Prof.) Ich bin eben consterniert, Cysterne kennen Sie doch? Haben Sie dies . . dies . . dies . . . mal gelesen? (entblösst den linken Vorderarm und legt ihn auf den Tisch, stemmt dann beide Ellenbogen auf den Tisch; giebt plötzlich diese Lage wieder auf) Bitte, so warten Sie doch . ., haben Sie meine Brustwarzen mal gesehen, meine Pitzen? (entblösst die Warzen und zeigt sie, stampft dann zweimal mit dem Fuss auf und macht einige heftige Abduktionsbewegungen mit dem linken Arm, greift dann in die Herzgegend) Weil es in voller Fahrt doch ist, das Herz hier ist immer in voller Fahrt, wenn es nicht schlägt, dann geht es nicht (gähnt, sieht sich um, lacht den Wärter an, macht sich an den Genitalien zu schaffen, zum Prof.) Waren Sie mal in einer anderen Anstalt, Sie haben doch von vorne angefangen?“ (pfeift).

„Wie alt sind Sie?“ „Wie alt meinen Sie wohl, dass ich bin?“

„Ich halte Sie für 30 Jahr.“ „Ja also, nein, ich weiss nicht, das sage ich nicht, das werde ich mich sehr hüten das zu sagen (gähnt wiederholt und macht eigentümlich drehende Unterarmbewegungen), und dann ist es ja nicht nötig, habe ich so gelernt, kehren Sie, haben

Sie mal Kehricht untersucht, haben Sie mal Kegel untersucht, kennen Sie ihn?"

„Wen?!" „Na haben Sie mal diesen, diesen (schlägt auf den Tisch) nein es geht nicht, Sie verstehen mich nicht, Sie müssen sich konzentrieren, wenn sie konsigniert sind . . . weil Sie einen Schnaps nicht trinken können, wenn Sie nicht ein bestimmtes Bewusstsein haben." (Blickt gespannt ins Auditorium.)

Prof.: „Seine Aufmerksamkeit wird zuweilen durch Bewegungen gefesselt." Pat.: „Ganz falsche Bewegungen fesseln meine Aufmerksamkeit nie."

„Wie alt sind Sie?" „Wie alt ich bin? Nun soll ich es Ihnen sagen, es ist ja nebensächlich. Kennen Sie das Spiel Göhr, göhr, göhritz?"

„Wo sind Sie zu Haus?" „Ich bin zu Haus (stockt, sieht sich nach links um) zu Hause in Grei Grei." Prof.: „In Greifswald?" Pat.: „Ja, waren Sie mal da, nicht wahr in dem Dorf?"

Ehe die weiteren Äusserungen des Pat. wiedergegeben werden, sei sein Verhalten dabei hier zusammenfassend geschildert. Er ist in steter Bewegung. Ein Teil der Bewegungen macht durchaus den Eindruck des Gewollten, Zweckmässigen, in erster Linie diejenigen, welche durch äussere Eindrücke veranlasst werden. Seine Aufmerksamkeit wird durch äussere Eindrücke fortwährend abgelenkt: Er geht mehrfach auf die Notizen machenden Assistenten zu, insbesondere wenn sie ihn fixieren, sucht Ihnen die Notizen zu entreissen, oder macht sich sonst daran zu schaffen, er geht auf das rechts stehende Mikroskop zu und will durchsehen, dann greift er wieder nach dem Schlips, den Manschetten des Prof., geht an den Hahn der Wasserleitung oder zum Tintenfass und versucht den Finger hineinzustecken u. s. w. Er wechselt unter Mitnahme des Stuhles öfter seinen Platz. Gegen Berührungen macht er Abwehrbewegungen (Andeutung von Annäherungsfurcht.)

Andere Bewegungen sind wohl durch Körpersensationen veranlasst, so wenn er sich an den Genitalien zu schaffen macht, sich kratzt, an der Kleidung nestelt. Zweimal erfolgen Bewegungen und Worte, die sicher durch Gehörshalluzinationen veranlasst werden. So unterbricht er einmal seine Rede und ruft seitwärts gewendet: „Wie!" Ein anderes Mal stösst er in der Rede abbrechend und die Blickrichtung ändernd, ein unwilliges „Nu" aus.

Ein weiterer Teil der Bewegungen hat den Charakter ungewollter,

pseudospontaner Bewegungen, z. B. stampft er zeitweilig mit dem Fusse auf. Die eigentümlichen Drehbewegungen mit der Hand, das Wippen mit dem Körper, das Trommeln mit den Fingern wurde schon erwähnt. Auch die Stimme schwillt gelegentlich plötzlich an, ohne dass der Inhalt des Gesagten Anlass dazu gäbe.

Im Ganzen resultiert ein Benehmen, das man beim Gesunden als flegelhaftes Sichgehenlassen bezeichnen würde. Dies kommt kaum allein auf Rechnung des Bewegungsdranges, sondern ist thatsächlich durch einen in der Krankheit gelegenen Mangel an Gêne bedingt. Dies kommt zum stärksten Ausdruck, als er gegen Schluss der Vorstellung dem Auditorium das entblösste Hinterteil zeigt.

Man hat nicht den Eindruck, dass die pseudospontanen Bewegungen den Gedankenablauf beherrschen. Sie sind zeitlich gewöhnlich nicht coincident mit den Gedankensprüngen. Er führt sie oft mitten in einem Satz aus, ohne von dem angefangenen Gedanken abzukommen.

Insbesondere ist das häufig wiederkehrende Fragen nach einer Stadt nicht mit den motorischen Erscheinungen in Zusammenhang zu bringen. Deutlich wird dagegen oft der Vorstellungsablauf durch Klangassociationen gelenkt, wofür noch zahlreiche Beispiele folgen werden. Ebenso durch Sinnesreize, welche schon als Bewegungsmotive erwähnt wurden; sie ziehen seine Aufmerksamkeit zwangsmässig auf sich.

Unzweifelhaft lenken ihn ausserdem zuweilen Sinnestäuschungen ab.

Die genannten Momente erklären aber nur einen Teil der fortwährend neu auftauchenden Vorstellungsreihen, für die Mehrzahl muss eine primäre Incohärenz, eine Dissociation der Vorstellungen statuiert werden.

Diese Dissociation kommt auch in der ausgesprochenen Paraphasie zu Tage. Pat. sucht oft den Ausdruck, stockt, macht mehrere Ansätze, findet ihn schliesslich gar nicht, oder bringt ein entstelltes Wort, so Hypotenese, Stationsvorsteller, Eisenbeine, Schobau u. s. w. hervor.

Die Stimmung ist im allgemeinen leicht heiter, vorübergehend wehmütig.

Fortsetzung des detaillierten Berichtes: „Waren Sie mal in dem Dorf, waren Sie da schon hereingekommen? . . . Von vornherein? Petrus kam von hinten rein, und da sprach er in der Telegraphie mit Bleichröder.“ (fasst mit zwei Fingern eine Hautfalte am Handrücken des Prof. und macht die Bewegung des Herausziehens.)

„Wie alt sind Sie?“ „28 Jahre.“

„Sind Sie verheiratet?“ „Ja, ganz schnell, der Jockel, der Bengel war nämlich besoffen, kennen Sie ihn? (zum Assistenten) Sie thun nämlich gar nichts, Sie sitzen ganz dick da (zum Prof.) oder waren Sie schon mal in Beerwalde oder in . . . wie? . . . kennen Sie die Kleinen, waren Sie schon mal in Lerte? . . . der muss nämlich dahinten herkommen (weinerlich) oder soll er sitzen bleiben? es ist ja gleich, gleicherzeit, oder wollen Sie das zurücknehmen?“

„Was denn?“ „Waren Sie mal in einem Ting, Ting“ . . .

Prof.: „Tingeltangel?“ „Ja, es ist ja freilich nicht möglich, dass man also, dass man also nicht das verstehen will, wie man das machen will, nicht wahr, denn das ist ja eben der Fehler . . . kennen Sie das schöne Essen Sül Sül . . .“

Prof.: „Sülze?“ „Wenn Sie eben so weit sind, dann gehen Sie nach Hause meine Herren, da endlich, der hat mich neulich geärgert, weil er zu stumpfsinnig ist, der Dr., sind Sie mal in einer solchen Schüne gewesen?“ (nickt mehrere Male).

„Was nicken sie immerfort?“ „In Ischl waren sie doch noch nicht. Der Kaffee ist noch nicht fertig, mir wurde gesagt, ich solle nach Damm Damm Dammgarten gehen.“

„Hören Sie Stimmen?“ „Das sind nämlich feine Dinger.“

„Ob Sie Stimmen hören?“ „Das ist ja das Einzigste, worauf die mich fassen können, das allereinzigste.“

„Ob Sie Stimmen hören?“ „Nee, ich habe nämlich früher Tanzstunde gehabt.“

„Fühlen Sie sich krank?“ „Das ist nun wieder ein eigener Fall“ (läuft zum Tintenfass und will den Zeigefinger einstippen) „tippen Sie mal in das Tintenfass ein, da sollen Sie sehen.“

„Sind Sie krank?“ „Ja, ich weiss nicht, was das für Herren sind, das müssen Taubstumme sein. Das ist nämlich ein Versehen, waren Sie mal in Gleiwitz, oder in Wien, oder in Mannheim, waren Sie mal in Bintz, Bietz, Brietzen? Die genaue Sache ist dermassen und das, das ist doch richtig, dass ich das in der Hand habe, wie ich mich benehmen will und ich (auf einen Studenten zu) bitte wollen Sie mir mal die Hand geben Herr Dr., oder Sie, (zum Prof.) Sie waren doch mal in Rixdorf?“ Prof.: „Nein.“

„Das ist die einzige Ausrede, wenn Sie Torfstecher sind, müssen Sie sich nicht auf eigene Arbeit einlassen, abends gehen Sie nach Hause, dann können Sie bei Ihrer Frau liegen und nichts anderes.“

(Auf das Mikroskop zu.) „Wollen Sie mal durchsehen, meine Augen sehen? Waren Sie mal in Hen?“

Prof.: „Sie sind sehr krank.“ „Ich bin nicht krank. Ich bitte, dass Sie etwas schneller machen.“

„Haben Sie Kopfschmerzen?“ „Nein, hab ich nicht. Ich setzte mich nämlich immer gern in den Lehnstuhl (thut es) au, au.“

„Haben Sie sich gedrückt?“ Pat.: (auf den Assistenten weisend) „Sehen Sie den Mann an, der spielt so gern Skat. Also über diese Sache dürfen Sie nicht gehen, weil eben mein Koffer falsch geschickt ist, und dass ich mich also diese diese Fidulität machen kann, ich habe doch gebeten, dass dass. . . und meine Anverwandten die standen gerade dabei, es sind doch eben diese anderen Sachen, die sind sämtlich vorübergehend, ich habe doch alle meine Sachen weggegeben und das kann ich nicht, weil ich doch immer den Eisch, Eisen, Eisenbein habe.“

„Eisbein meinen Sie?“ „Ich habe doch gesagt »Eisbahn« und ich durfte dann nicht länger dableiben, das konnte ich nicht (wehmütig) man musste sich von den dreckigen Leuten da soviel gefallen lassen, die Leute sind mir verhasst. Einstmals bin ich in einen Aschenbecher gefallen und habe mir das Bein verstaucht, es war doch ein grosser Hom. Juno kannten Sie doch? Milo?“

„Wo sind Sie zu Hause?“ „Ich bin früher wo anders zu Hause gewesen und habe mir das nicht verstehen wollen, ich habe doch immer gesagt, der rechte Stauff ist doch immer der beste. Kennen Sie ihn nicht? Waren Sie mal in der anderen Sache mal in in der Schobau drin?“

(Auf Bedeuten, dass er nicht verstanden wird) „Es ist ja gerade, als ob man mit kleinen Kindern zu thun hätte, denen man den Arsch vollhauen müsste.“

„Sie sehen, Pat. ist ganz entrüstet.“ „Ja, ich bin entrüstet.“ Der Prof. legt die Hand auf seinen Rücken. „Bitte wollen Sie die Hand wegnehmen!“ Als der Prof. aufstehen will. „Bitte bleiben Sie bedeckt!“

„Welchen Beruf haben Sie?“ „Ich war also in Ingolstadt, es ist ja damals gewesen.“

„Welchen Beruf haben Sie?“ „Waren Sie mal in der . . .“

„Sind Sie Schneider?“ „Nein, nein.“

„Lehrer?“ „Ja, mir ist nüchtern zu Mut.“

„Sind Sie Geistlicher?“ „Geisteskrank? Nein. (fortfahrend) Waren Sie mal in der Weser drin? (Lachen im Auditorium) Jetzt können die Herren mit einmal sprechen!“

„Welcher Beruf?“ „Sie waren doch an seiner Vorze nicht dran, weil er nicht wusste, welche Schneppe er mitnehmen sollte.“

„Welchen Beruf haben Sie? „Das ist doch unmöglich, dass Sie einen Beruf haben, der nicht anders möglich ist, als der, den Sie sich ausgewählt haben, den Sie sich als Ideal vorgenommen haben.“

„Sind Sie Botaniker?“ „Das ist also solche Sache, (zu einem Assistenten) der Mensch passt zu sehr auf, Mineralogie habe ich studiert, bei Minna bin ich schon oft gewesen.“

„Beruf?“ „Ich habe den Beruf, dass ich in diese da doch nicht reingucken kann, fangen Sie mit Cucki an. Waren Sie mal in einer Pumpstation? Kennen Sie den Stationsvorsteher?“

„Der Herr ist Chemiker.“ „Ich bin früher Chemiker gewesen, jetzt habe ich ausgelernt, (ruft ins Auditorium) Sie fassen doch vorbei! gerade in Ihrem Bierseidel ist das darin bie, bierseichenes, es giebt ja so schlechtes Bier heute, waren Sie mal in einer Bäckerei? (fasst den Gashahn an, macht darauf schlenkernde Bewegungen mit der Hand und sagt): „Ich habe das Tillern in den Fingern, ich weiss nicht, was das zu bedeuten hat. Das war ein schöner Mensch, hinten war er immer offen, kennen Sie ihn? So wie der Mensch keine Anregung hat, dann ist er verloren; er hat eben keine, keine und dann hat er eben keine anderen Sachen. Der Jude hat doch damals gesagt, dass also Jülich, Glühlicht . . . es geht mir nämlich so durch den Kopf; Aschaffenhausen, Aschaffenburg, waren Sie da mal? (singt) auf den Bergen die Burgen (pfeift die zugehörige Melodie.) Wenn das Herz nur schlägt und die Klöten noch gut sind, dann geht es noch, weil eben der Schwanz mit den Eiern zusammenhängt, waren Sie mal in Pisa? bitte passen Sie doch mal mehr auf!“

Pat. wird aufgefordert, schwierige Worte nachzusprechen: Civilisation spricht er gut nach, von Dritte reitende etc. spricht er nur die ersten beiden Worte nach, schweift dann ab. Eine Reihe ihm gezeigter Gegenstände benennt er richtig, geht aber nicht immer gleich auf die Frage ein. Taschentuch? „Tuch, der Judenbengel, den kann ich nicht leiden.“ „Börse?“ „Eine schöne Büchse“ die möchte ich haben . . . der Magen ist nämlich das einzig richtige, was Sie haben; (nach einem im Hintergrunde stehenden Chemikalienschrank zeigend) wollen Sie mal die Buddeln rausnehmen. Sind Sie mal in Sachsen gewesen? Das ist nämlich eine braune Seiche, weil die Mädchen Seiche

trinken, mit Tippinstrumenten. Ich kann doch nachher ins Bett gehen, damit ich vögeln kann, mein einziger Reichtum ist doch . . . nu?"

„Wie heissen Sie?" „Au Au August ist doch schön, aber Auguste ist noch schöner."

Es wird Pat. ein Buch in die Hand gegeben, er blättert lange darin herum, lässt sich aber nur schwer dazu bewegen, einzelne Worte zu lesen. Diese liest er richtig. Beim Schreiben zeigt er ein sehr eigentümliches Verhalten, er soll Otto v. Bismarck schreiben, kommt aber nur bis O, fügt dann ein m dazu und sagt „Omelette", lässt sich aber nicht bewegen, O. v. B. zu schreiben. Er soll dann Reichskanzler schreiben, kommt aber nur bis k, zögert dann und schreibt krocker. Spricht dann ideenflüchtig von Reichenbach und lässt sich nach vielen Abschweifungen und vergeblichen Ansätzen dazu bewegen, es zu schreiben, thut dies aber, nachdem er eine Weile ratlos vor der Tafel gestanden hat, mit ganz plötzlichem Entschluss, in einem Ansatze und grösster Eile mit flüchtigen Zügen, als ob er fürchtete, bei Verzug damit nicht zu stande zu kommen. Die Kreide steckt er in den Hosenlatz „diese Kreide werde ich mitnehmen."

Schliesslich aufgefordert, auf die Station zurückzukehren, will er noch bleiben und lässt sich erst, als auch die Studenten sich erheben, bewegen hinauszugehen. Während die Ärzte ihm zureden, mit auf die Station zu kommen, stellt er sich vor die Tafel und setzt eine Reihe von Punkten auf dieselbe, etwa der Absicht des flüchtigsten Schreibens entsprechend.

Besprechung: Der vorgestellte Kranke ist ein Beispiel von akuter Verwirrtheit. Die Elemente der Verwirrtheit sind in jedem Fall erst festzustellen; im vorliegenden Falle lassen sich nachweisen:

1. Hypermetamorphose: sehr auffallend.
2. Pseudospontane Bewegungen, als Anlass zu Gedankensprüngen hin und wieder nachweisbar.
3. Vereinzelte Gehörshalluzinationen, nur selten.
4. Abnorme körperliche Sensationen, wofür beweisende Beispiele der Krankengeschichte entnommen werden.
5. In einem gewissen Masse kommt auch die Ideenflucht in Betracht.
6. Deutliche Paraphasie.

Wird alles dies berücksichtigt, so bleibt noch sehr evident eine

durch diese Elemente nicht erklärbare Inkohärenz zurück, welche es rechtfertigt, die Verwirrtheit auf eine Unterbrechung der Kontinuität (dissociative Verwirrtheit) zurückzuführen. Dieser Nachweis gelingt hier deshalb besonders beweisend, weil kein eigentlicher Rededrang besteht.

Der 28jährige Kranke ist am 23. XI. 1898 aus dem Polizeigefängnis zur Klinik überführt worden, nachdem er in der Nacht ohne ersichtlichen Grund das Fenster einer Droschke eingeschlagen hatte. Er zeigte in den ersten Tagen einen leicht benommenen Zustand, ganz verwaschene Sprache und grobschlägigen Tremor der Zunge beim Hervorstrecken, noch jetzt ist eine rechtsseitige Facialisparese sowohl in der Ruhelage als in der Funktion ausgeprägt, während eine charakteristische Sprachstörung oder Zungenabweichung nicht besteht.

Anamnestisch sind die Angaben über den Pat. unzureichend und nur ermittelt, dass Pat. im März dieses Jahres aus der Irrenanstalt zu Ueckermünde entlassen ist und dann gesund gewesen zu sein scheint, da er 3 Tage vor der Aufnahme nach Breslau gereist ist, um eine neue Stellung anzutreten.

Der jetzt bestehende Zustand hat sich im Laufe der Beobachtung nicht wesentlich geändert. Verdacht auf progressive Paralyse und einen vorangegangenen paralytischen Anfall. Die Prognose wäre dann ungünstig bis auf die Möglichkeit einer Remission.

Als sehr auffallend muss jedoch die wiederholt konstatierte, gut erhaltene Merkfähigkeit hervorgehoben werden.

---

30. Gottlieb G . . ., Arbeiter, 43 Jahre.

Klinische Vorstellung am 14. XII. 1898.

Der Kranke, ein körperlich recht herabgekommenes Individuum, von gelblich fahler, dabei kongestionierter Gesichtsfarbe, tritt mit kleinen langsamen Schritten, den Oberkörper und Kopf leicht vorgebeugt, in eigentümlich starrer Haltung herein und begiebt sich mit ratlosem Ausdruck umherschauend, wobei er nur die Augen, nicht den Kopf bewegt, mit regungslos zu den Seiten herabhängenden Armen zum Platze des Prof. W. und setzt sich auf Aufforderung in den daselbst stehenden Stuhl. Auch während des Sitzens bleibt er unbeweglich in der einmal eingenommenen, leicht vorn übergeneigten Haltung, mit vorgestrecktem, steif gehaltenem Kopf und lässt die Augen unruhig

umher schweifen. Der Lidschlag ist selten; hin und wieder machen sich vereinzelte Zuckungen in der linken, mimischen Muskulatur (cygomatidens) bemerklich.

Aus eigenem Antriebe thut er überhaupt nichts (initiative Akinese). Seine Stimme ist heiser und klanglos, die Artikulation unscharf, so dass es mitunter schwer ist, ihn zu verstehen. Beim Nachsprechen zeigt sich wenig ausgeprägt die dem Silbenstolpern zugehörige Sprachstörung.

Auf mehrfach wiederholte, eindringliche Fragen erhält man langsam und zögernd Antworten, aus denen hervorgeht, dass er nicht weiss, wo er sich befindet, wie lange er hier ist, ob er verheiratet ist, ob er Kinder hat, in welcher Stadt, in welcher Provinz er sich befindet, während er Deutschland als Ortsbezeichnung anzugeben weiss. Viele dieser Antworten motiviert er direkt damit, dass er es vergessen habe. Auf wiederholtes Drängen wegen seiner Verheiratung erinnert er sich, dass seine Frau Sophie heisst, aber nicht, welchen Mädchennamen sie habe. Dagegen giebt er verhältnismässig rasch an, gedient zu haben, nennt Standort und Namen des Hauptmanns, während er behauptet, Unteroffiziere und Waffengattung vergessen zu haben. Er verkennt Prof. W. als Arzt aus Brigischdorf; auf die Fragen, wie viel 6×6 und 8×8 sei, erfolgt keine Antwort. Befragt, ob er Auskunft geben wolle, sagt er ja; ob ihn das Fragen anstrenge, verneint er.

Im Gesichtsausdruck und seinem Verhalten beim Befragen ist keinerlei Affekt wahrzunehmen. Gesichtszüge unbelebt, etwas starr, eher leicht benommen als dement.

Einfachen Anforderungen, die an ihn gestellt werden, kommt er nach, aber langsam und zögernd. Er zeigt die Zunge, macht den Mund auf, giebt die Hand etc. Bei allen diesen Bewegungen ist ein deutlicher Tremor der bezüglichen Körperteile bemerkbar.

Zum Gehen aufgefordert, thut er ganz in der Eingangs geschilderten Weise einige Schritte und bleibt dann stehen. Dann, als er sich umdrehen soll, macht er militärisch kehrt, beschreibt dabei aber statt $^1/_2$ eine $^3/_4$ Kreiswendung und gerät ins Schwanken.

Als er auf den Stuhl steigen soll, gelingt ihm das nur mit Unterstützung und auch beim Herabsteigen stellt er sich sehr ungeschickt.

Besprechung: Der jetzige Zustand des Pat. wird charakterisiert durch seine Regungslosigkeit und kolossale Erinnerungsdefekte. Hervor-

gegangen ist er aus einem, in welchem ein gewisser Drang zu Bewegungen bestand. Der Kranke bewegte Hände und Füsse in rhytmischer Weise. Als Grund für diese Bewegungen gab er an, dass Ratten und Schlangen im Bette wären (abnorme Sensationen). Seine spätere Regungslosigkeit erklärte er damit, dass er Pulver im Leibe hätte und zu explodieren fürchtete. Zuerst muss er auch halluziniert haben; er verliess ohne ersichtlichen Grund das Bett und schlug andre Kranke. Wärter und Ärzte verkannte er ständig mit gewissen Personen aus seinem Dorfe. Er glaubte in einer Kaserne zu sein. Durch äussere Eindrücke wurde er leicht abgelenkt (Hypermetamorphose). Andererseits auch delirante Abgelenktheit und verwirrte Gedanken. So äusserte er: „Wir können keinen Krieg mehr kriegen, weil unten ist Mist, und wir haben gute Delikatessen. — Bei uns giebt es den praktischen Primtabak, in Breslau giebt es keinen."

Der Kranke hat vor 4 Jahren schon eine Psychose durchgemacht und war damals ein Jahr lang in einer Irrenanstalt. Hier wurde er nach einem epileptischen Anfall aufgenommen. Es könnte sich also um eine epileptische Psychose handeln (Dämmerzustand), doch ist es ungewöhnlich, dass derartige Kranke so attent sind wie dieser.

Zieht man noch die Symptome von seiten des Projektionssystems in Betracht (gesteigerte Patellarreflexe, ungleiche Pupillen, Facialisparese, Sprachstörung), so dürfte die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit auf Paralyse zu stellen sein. Immerhin ist der Verlauf ungewöhnlich; er hat bis zum Beginn der Erkrankung als Arbeiter existieren können, und ist im Allerheiligenhospital, wo er wegen einer somatischen Erkrankung Aufnahme gefunden hatte, ganz akut psychisch erkrankt.

---

31. Gustav D....., Techniker, 29 Jahre.

Klinische Vorstellung am 4. II. 1899.

Der Kranke, ein grosser hagerer Mann mit scharf geschnittenem, blatternarbigen Gesicht, langen glatt nach hinten gekämmten Haaren (à la Jesus Christus) betritt in selbstbewusster Haltung den Hörsaal und begrüsst die Anwesenden laut mit: „gelobt sei Jesus Christus".

Zeitlich ist er gut orientiert, auch die Situation beurteilt er richtig. Sein ganzes Gebahren verrät aufs deutlichste, dass er sich für etwas ganz Ausserordentliches hält; das zeigt sich in dem geringschätzig über-

legenen Lächeln, mit dem er die Ausführungen des Prof. W. begleitet, und in der geradezu herrischen Weise, in welcher er zum Schluss von Prof. W. Rechenschaft fordert, warum er denn hier behalten werde.

„Sie sind schon einmal hier gewesen?" „Ja, vor fünf Jahren."

„Warum?" „Ich hoffte Klarheit zu finden, ob ich krank bin."

„Was haben Sie dann, nach Ihrer Entlassung gemacht?" „Ich bin wieder als Techniker ein Jahr lang in meiner ersten Stellung gewesen und habe dann noch mehrere Stellungen inne gehabt. Zuletzt war ich in Kempen."

„Bei Ihren Eltern?" „Ja, was man so Eltern nennt. Sie wissen doch, dass ich Gottes Sohn bin. Man betet doch alle Tage: Vater unser, der du bist."

„Sie waren also bei Ihrem Vater in Kempen?" „Den erkenne ich nur als Pflegevater an."

Die Suggestivfrage, ob seine Mutter vom heiligen Geiste beschattet mit ihm schwanger geworden sei, beantwortet er mit: „Das wird wohl so gewesen sein."

Der Kranke hat eine Art Abhandlung über die Stimmen geschrieben, aus der sich ergiebt, dass seine Fähigkeit logisch zu denken nicht beeinträchtigt ist. „Hört ein Mensch Stimmen, so ist die Erklärung für einen gläubigen Menschen so: Es lebt ein Gott im Himmel, welcher alles erschaffen hat, erhält und regieret. Durch dessen Willen denkt der Mensch, und Nerven und Gehirn sind nur die Werkzeuge, welcher sich die menschliche unsterbliche Seele bedient, welche vom Willen Gott des Herrn abhängt, der im Himmel ist. Aber da nun alles von Gott kommt, wäre alles göttliche Eingebung, es würde nur Gott sprechen und handeln. Dass das aber nicht so ist, wissen wir durch die christliche Lehre wiederum von Gott; denn weil alles von Gott kommt, so ist die Eingebung der christlichen Lehre auch von Gott, weil sie darauf basiert, was Gott will und sich so selber beweist. Da nun alles Gottes Eingebungen sind, so ist es auch möglich, dass Gott mit einem Menschen spricht, wie die christliche Lehre es bei ihren Heiligen lehrt. Da aber die christliche Lehre in sich abgeschlossen ist, so lehrt die christliche Kirche, dass die Zeit der Offenbarungen vorüber ist etc. etc.

Für einen ungläubigen Menschen, für einen Arzt stellt sich alsdann die Sache folgendermassen dar: Die Ursache ist da Willensschwäche, Gedächtnisschwäche, Denkensschwäche. Es taucht mitunter

aus der Vergangenheit ein Gedanke auf, vielleicht ein Wort, ein Satz, welchen man hörte, und aus Mangel an Urteilskraft denkt nun der betreffende, er hörte Stimmen, kurz und gut der Gedanke wird frei, macht mit dem Kranken, was er will. Das Gehirn, die Nerven gehorchen dem Kranken nicht, machen mit dem Kranken, was sie wollen. Es ist eine Art von Schwachsinn. Oder der Kranke denkt etwas, und da er nicht die nötige Selbstbeherrschung über sich hat, verwirrt sich das Denken und wird zu Stimmen, oder er denkt zu lebhaft. Ebenso wenn diese Kranken einen Gedanken durch einen anderen unterdrücken wollen, wird entweder der eine oder der andere Gedanke die Oberhand erhalten und der oder jener macht sich als Stimme vernehmbar, oder es wird ein Stimmengewirr daraus. Kurz, die betreffenden Gehirnteile versagen den Dienst, gehorchen dem Kranken nicht, sei es durch Lähmung, sei es durch Zerrüttung, hervorgerufen durch ein ausschweifendes Leben, durch eine gewisse Einseitigkeit. Vielleicht bei eintönigen Beschäftigungen, Einseitigkeit und lebhaftem Temperament, Drang zur Rede, da kann mitunter das geknechtete Gehirn sich die nötige Freiheit selber nehmen; denn die nicht angestrengten Gehirnteile, welche das Sprechen vermitteln, lassen alsdann ihr Übergewicht deutlich merken."

Pat. unterscheidet dem Inhalte nach anerkennende, nichts sagende und beschimpfende Stimmen. Die erste Art sei göttlichen Ursprungs, die letzten beiden Arten führt er auf menschliche Einflüsse zurück. Die Stimme Gottes sei leise und hoch, von Donner und Blitz begleitet. Er giebt auch an, mit grosser Genauigkeit den räumlichen Ausgangspunkt der Stimmen nach Richtung und Entfernung wahrzunehmen.

Dabei scheint er aber, wenigstens jetzt, keinen scharfen Unterschied zu machen zwischen blossen Gedanken und Phonemen.

Er behauptet, die Stimmen nur zu hören, wenn er will und sich nach Belieben in einen veränderten Zustand versetzen zu können, den er während seines ersten Aufenthaltes hier als Hypnose bezeichnet hat, jetzt aber davon unterscheidet.

„Thun Sie mir einmal den Gefallen und hören Sie Stimmen!" „Ja, die Stimmen höre ich sofort, da muss ich sie selber erregen."

„Thun Sie dies mal!" „Ich habe ja schon dem Herrn Doktor gesagt, dass dann Gedanken laut werden; das ist nicht die Stimme Gottes."

„Wo sitzen die Stimmen?" „Um die Wahrheit zu sagen, oben

im Kopfe. Dass sie im Kopfe wären, kann ich aber nicht sagen. Sie kommen von oben."

„Haben Sie auch Schimpfworte gehört?" „Ja, Dieb, Simulant, Schwein, ganz gemeine Schimpfworte."

„Haben Sie da Angst gehabt?" „Nein."

„Nun, Sie meinen, ein Mann wie Sie kann keine Angst haben; aber irgend ein unangenehmes Gefühl haben Sie doch gehabt?" „Ja."

„Wo sass das?" „Im Herzen."

„Haben Sie sonst im Körper unangenehme Empfindungen gehabt?" „Nein, der Körper ist gesund geblieben."

„Haben Sie bemerkt, dass man Sie beobachtet, dass über alles gesprochen wird, was Sie thun?" „Ja, allerdings; das habe ich bemerkt. Das hat insofern ein Interesse für mich, als ich nach der Wahrheit forsche und sofort merke, ob die Stimmen etwas Richtiges, Haltbares aussagen oder nicht."

„Haben Sie auch von Personen in der Anstalt Stimmen gehört? z. B. von den Mitkranken?" „Ach, ich kann doch niemanden beschuldigen; es kann sich doch irgend eine Person etwas gedacht haben, und ich kann das wissen."

„Da waren es also keine Stimmen?" „Ja, ich kann keinen beschuldigen, wenn ich es nicht genau weiss. Ich kann doch den betreffenden Mann, der es nur denkt und nicht laut sagt, nicht zur Rede stellen."

„Haben die Wärter über Sie geredet?" „Ja, das war aber nicht nur in Gedanken oder in Stimmen, sondern in Wirklichkeit."

Als Beispiel führt er einen Konflikt mit einem Wärter an, als er einmal einem widerstrebenden Patienten zu Hilfe kam und von dem Wärter hart angefahren wurde.

Pat. glaubt ein Perpetuum mobile erfunden zu haben, die Maschine habe er fertig. Dem Einwand, dass das nach dem Gesetz von der Erhaltung der Kraft doch nicht möglich sei, begegnet er damit, dass er die Maschine bei sich zu Hause habe, und dass sie gehe. Das müsse genügen.

Von den Kenntnissen, die er sich in den ihm geläufigen Wissenschaften erworben hatte, ist ihm viel verloren gegangen. Dass die Erde sich um sich selbst dreht, glaubt er nicht, wie er sagt, weil es in der Bibel anders steht.

„Also dreht sich die Sonne um die Erde?" „Nein, ja doch, eines

von beiden muss natürlich sein. Ich gehe nach der Bibel und sage dass die Sonne auf- und untergeht. Ich lasse es dahingestellt."

Den Pythagoreischen Lehrsatz kann er nicht beweisen. Erst will er sich auf solche Kindereien nicht einlassen. Dann aber sagt er: „Schwer Brett, Sie werden mir doch den Pythagoras zutrauen" und macht, statt zu beweisen, einen Versuch, die Behauptung an einem bestimmten Zahlenbeispiel zu erläutern. Auch damit kommt er nicht zu stande, ist aber nicht zur Anerkennung seiner Unfähigkeit zu bewegen. Übrigens sei auch der Pythagoras etwas ganz Unnötiges. Er hätte als Ingenieur gar nichts damit zu thun, er sei etwas Selbstverständliches.

Zum Schluss, schon im hinausgehen begriffen, kehrt er nochmals zurück, stellt sich hochaufgerichtet vor die Studierenden und sagt mit lauter Stimme: „Ich erkläre hiermit ganz deutlich, dass ich Gottes Sohn bin." (Dann zu Prof. W. gewendet): „Sagen Sie einmal, wie lange werden Sie mich eigentlich hier noch festhalten? Wenn ich gewusst hätte, dass Sie mich als Kranken behandeln, wäre ich nicht hierher gekommen. Und, was die Maschine anbetrifft, so werde ich Ihnen das noch beweisen. Hier liegt einfach alles am Glauben. Ich glaube an Gott und Sie nicht. Das ist der Unterschied."

Besprechung: Die Vorgeschichte des Kranken ergiebt, dass er insofern schwer belastet war, als sein Vater zur Zeit seiner Erzeugung schon viele Jahre lang schwerer Potator war. Derselbe ist einmal wegen Del. trem. in der Anstalt behandelt worden. Pat. selbst entwickelte sich normal und erkrankte erst in seinem 20. Lebensjahr im Anschluss an alkoholische Exzesse, nachdem er noch 4 Wochen vorher ein Schädeltrauma erlitten hatte. Sein erster Aufenthalt in hiesiger Anstalt währte vom 20. Mai bis 4. Juni 1893. Er litt hier kurze Zeit an religiösen Grössenideen, Angst, Verfolgungs- und Beziehungswahn, hatte Halluzinationen und wurde frei von akuten Symptomen, wenn auch mit ungenügender Krankheitseinsicht entlassen. Er galt dann als gesund und war in verschiedenen Stellungen thätig. Aber schon nach dreiviertel Jahren hörte er auf zu arbeiten und blieb bei den Eltern zu Hause. Die früheren Krankheitssymptome traten wieder auf. Er hielt sich für Jesus, für den Erzengel Uriel, schrieb als solcher an den Papst und den Erzbischof Briefe, hatte Visionen, sprach zu eingebildeten Personen u. s. w. Anlass zu seiner jetzigen Aufnahme

waren seine zunehmende Erregung und sein anspruchsvolles und rücksichtsloses Benehmen gegen die Angehörigen.

Nach dem Inhalte seiner von ihm hier angefertigten Biographie ist anzunehmen, dass er an kataleptischen oder Ohnmachtsanfällen, mit extatischen und visionären Zuständen gelitten hat. Er berichtet von Muskelstarre, Festhalten bestimmter Stellungen und pseudospontanen Bewegungen. Als Beläge hierfür sind folgende Stellen seiner Autobiographie heranzuziehen:

Der Teufel sagte: bekomme nur nicht die Krämpfe. Ich bekam einen Krampfanfall, streckte Arme und Beine in Kreuzeslage und blieb so stehen. Da eröffnete sich über mir donnernd der Himmel und eine Stimme rief herab: Was willst Du mein Sohn?

Einige Tage darauf lag ich im Bett und schlief und wachte nicht; da erhob sich vom Himmel geleitet meine Hand und liess es donnern und blitzen. Der Teufel aber kam an das offene Fenster.

Ich schlief erst gegen Morgengrauen ein; als ich erwachte, hielt mich eine unsichtbare Macht fest, so dass ich mich nicht regen konnte. Da kam der Teufel in Gestalt eines Studenten Petter vom Fenster her . . . Ich wollte nun aufspringen, konnte mich aber nicht regen u. s. w.

Der religiöse Grössenwahn ist hier auf eine in Schüben verlaufende, akinetisch-parakinetische Motilitätspsychose zurückzuführen.

Nachtrag.

Bei der Absicht, den Druck bis zum Schlusse des Semesters fertig zu stellen, konnte die Übersicht der vorgestellten Krankheitsfälle natürlich nicht vollständig sein. Ich berichte deshalb kurz, dass die weiteren Krankendemonstrationen hauptsächlich verschiedene Typen der progressiven Paralyse und die Wiedervorführung der schon einmal vorgestellten Fälle zum Gegenstande hatten.

Veränderungen an den vorgestellten Kranken sind folgende zu bemerken. Fall 3. H. starb an Phtis. pulm. am 8. XII. 1898. Fall 4. K. ist am 17. XI. 98 vom Delirium geheilt ins Allerheiligenhospital verlegt worden. Fall 5. P. starb unerwartet am 5. II. 1899. Sie war bis 10 Tage vor dem Tode unverändert, zeigte dann die

Zeichen eines Magenkatarrhs. Zugleich psychisch beruhigt und verstimmt. Wurde matter, schliesslich stuporös, verweigerte die Nahrung, bekam Nystagmus, konnte nicht gehen und stehen. Die Patellarreflexe verschwanden. Zuletzt Lungenödem. Sektion nicht gestattet.

Fall 7. Frau H. wurde von ihrem Anfall, der bis zum 20. XII. 1898 dauerte, zeitweilig geheilt am 7. I. 1899 ins Städtische Siechenhaus entlassen.

Fall 12. L. wurde Ende Januar 1899 geheilt entlassen.

Fall 16. Frau B. starb am 26. I. 1899 an den Folgen ihres Schlaganfalles und dazu getretener Lungenentzündung. Sektion: Multiple kleine ältere Erweiterungsherde im Hirnmantel.

Fall 18. Schr. ist seit Ende Januar 1899 in Remission, aber mit weiter bestehenden Grössenideen.

Fall 19. H. starb unter rapider Zunahme der phtisischen Erscheinungen am 8. II. 1899. Psychisch wesentlich ruhiger, aber noch nicht zum status quo ante restituiert.

Fall 28. Frau G. wurde am 17. II. 1899 geheilt entlassen.

Fall 22. Frau H. wurde am 20. II. geheilt und vollständig restituiert entlassen.

Fall 24. K. ist hinsichtlich seiner Herdsymptome gebessert, aber noch nicht restituiert.

Für den Fall 29 M. hat sich folgende Anamnese ermitteln lassen. Beide Eltern nach eigener Angabe „aufgeregt". Pat. als Kind gesund, schon als Schüler kurze Anfälle von „Trübsinn". Mit 20 Jahren erster Anfall von Psychose, Dauer 6 Wochen, seitdem im Laufe von 8 Jahren noch 6 weitere Anfälle. Im Jahre 1896 7 Monate lang in einer Anstalt, vom Oktober 1897 bis März 1898 wieder. Dann akut erkrankt am 23. XI. 1898 hier aufgenommen.

Schlussbesprechung.

Überblicken wir die Gesamtheit der Fälle, so ergiebt sich, dass den chronischen Psychosen bezw. paranoischen Zuständen die folgenden angehören, insgesamt 11 von den vorgestellten 31 Fällen. Der schliessliche Effekt jeder Psychose, die Desorientierung, ist in diesen chronischen

Fällen verhältnismässig leicht festzustellen, weil die Gedankenthätigkeit dabei ungestört oder wenigstens durchaus geordnet von statten geht. Die weitere Einteilung machen wir zweckmässig nach dem Bewusstseinsgebiet, auf welchem die Desorientierung hauptsächlich Platz greift.

Ein klassisches Beispiel chronischer Autopsychose von ascendierendem Verlauf ist der Fall 25 S. von sogenannter originärer Verrücktheit. Wir verstehen hier das Auftauchen von sogenannten Primordialdelirien, sie sind weiter nichts als der Ausdruck eines von Anbeginn an reinen, weil nicht durch Allgemeinerscheinungen verdunkelten Ausfallssymptomes, der autopsychischen Desorientierung. Die darauf basierenden Symptome der autopsychischen Ratlosigkeit und des autopsychischen Beziehungswahns bestimmen den Inhalt der vereinzelt auftretenden Phoneme. Die Progression des Falles zu allopsychischer Desorientierung, welche sich namentlich in dem ablehnenden Verhalten des Kranken gegen die Ärzte zeigt, vollzieht sich auf dem Wege der Erklärungswahnideen, welche an die Detention anknüpfen.

Auch der religiöse Grössenwahn des Pat. 31 D. ist ein Fall reiner chronischer Autopsychose, aber total verschiedener Entstehungsweise, nämlich als residuärer paramoischer Zustand nach wiederholten akuten Schüben von akinetisch-parakinetischer Motilitätspsychose aufzufassen. Sowohl die vorhandenen anamnestischen Daten als die eigene Auskunft des Pat. und die Analogie mit mir bekannten ähnlichen Fällen gestatten den Schluss, dass die religiösen Wahnideen des Pat. von extatischen Bewusstseinszuständen, die teils in kataleptischen Anfällen, teils im Geleit von pseudo-spontanen Bewegungen und anderen anfallsweise vorkommenden Motilitätssymptomen aufgetreten sein mögen, herzuleiten sind. Mit Sicherheit ist auch die Wiederkehr derartiger akuter Schübe von Motilitätspsychose vorauszusehen, im ganzen ein ansteigender, jedoch sehr protrahierter Verlauf. Da auch dieser Pat. die Detention als Verfolgung auffasst, so scheint sich eine allopsychische Desorientierung vorzubereiten.

Pat. 23 Sch. als typischer Fall von circumscripter chronisch stabil bleibender Autopsychose durch überwertige Idee bedarf hier nur insofern noch der Erwähnung, als durch derartige und verwandte Fälle (wie z. B. des sog. Quärulantenwahns) der Nachweis geführt wird, dass es in diesen umschriebenen Fällen mit dem Symptom des circumscripten autopsychischen Beziehungswahns sein Bewenden haben kann, ohne dass es zu verbreiteter Desorientierung auf irgend einem

Bewusstseinsgebiete kommt. Ätiologisch ist in diesem Falle nur die senile Involution in Betracht zu ziehen.

Hieran schliesst sich naturgemäss der Fall verallgemeinerten Beziehungswahns — 13 Frau H. — nicht auf Grund überwertiger Ideen, welche immer nur umschrieben sind, sondern höchst wahrscheinlich auf Grund eines anderen Elementarsymptoms, das jetzt sehr zurückgetreten zu sein scheint, worüber Pat. aber früher detaillierte Angaben gemacht hat: der autochthonen Ideen. Das seit Jahren ganz stabile Krankheitsbild wird von dem Symptom des generalisierten autopsychischen Beziehungswahns und der daran geknüpften Erklärungswahnideen beherrscht. Sehr bemerkenswert ist der Umstand, dass es zu einer autopsychischen Desorientierung im Sinne des Grössenwahns noch nicht gekommen ist. Eine weitere Fortentwicklung in der Wahnbildung ist auch für die Zukunft nur sehr langsam zu erwarten.

Autopsychische Defektzustände sind das gemeinschaftliche Merkmal der drei Fälle 14, 17 u. 16. Der Fall 14 Lina D. kann als ein typisches Beispiel von Hebephrenie bezeichnet werden. da die chronische Entwicklung in der Pubertätszeit, das gelegentliche Anschwellen des Krankheitsprozesses zu akuten Krankheitsbildern, das Auftreten verhältnismässig reiner, aber mit dem Defekt ausgestatteten Remissionen, das kindische Gepräge des resultierenden Schwachsinns, welches durch eine Einbusse an Begriffen begründet ist, für eine Anzahl gleichartiger Fälle übereinstimmende Merkmale abgeben. Diese Fälle haben nach meiner Erfahrung immer auch das Kennzeichen, dass die Pat. nicht dement aussehen, selbst wenn sie leer gebrannt sind wie ein erloschener Krater. Die allopsychische Desorientierung hat bei dieser Kranken andauernd gelitten, während eine somatopsychische Desorientierung immer nur in den Schüben akuter Psychose Platz zu greifen pflegt. Die psychotischen Elementarsymptome pflegen sich in diesem wie in ähnlichen Fällen auf das sensorische Gebiet zu beschränken.

Die Fälle 17 u. 16 Z. und Frau B. sind Beispiele von sogenannter polyneuritischer Psychose und sogenannter seniler Demenz. Der letztgenannte Name ist jedoch für die spezifische Psychose der Greise ganz ungeeignet, ich empfehle dafür im Anschluss an Kahlbaum's Nomenklatur den Namen Presbyophrenie. Der autopsychische Defekt besteht in beiden Fällen in einem zeitlich mehr weniger abgrenzbaren, immer die letztvergangene Zeit mitumfassenden Gedächtnisdefekt. Die

Desorientierung ist, wenn man von diesem Defekt absieht, auf das allopsychische Gebiet beschränkt, weshalb ich beide Krankheiten zu den Allopsychosen rechne. Die allopsychische Desorientiertheit, der zeitlich abgrenzbare autopsychische Defekt, die wohl erhaltene Aufmerksamkeit bei Verlust der Merkfähigkeit, das attente Wesen sind beiden Fällen und beiden Krankheiten gemeinsam. Auch für die Presbyophrenie ist das Fehlen des dementen Gesichtsausdruckes in hohem Masse charakteristisch. Beide Fälle sind übrigens als Paradigmen schlecht verwertbar, da Fall 17 Z. schon merklich in der Rückbildung begriffen und Frau B. ein Grenzfall von seniler Demenz und überdies durch die Folgen eines Schlaganfalls in ihrem Sensorium etwas beeinträchtigt ist. Dass Frau B. wenige Tage nach der Vorstellung gestorben ist, wurde im Nachtrage erwähnt.

Als chronisch halluzinatorische Allopsychose oder chronische Halluzinose, nicht als akute Halluzinose, wie ich annahm, hat sich Fall 10 K. herausgestellt. Er ist statt in die Rekonvalescenz einzutreten, immer ablehnender geworden und jetzt wohl als unheilbar zu betrachten. Ich kann nur annehmen, dass der Fall sich von Anfang an chronisch entwickelt hat, wofür ja auch manche eigene Angaben des Pat. sprachen, die ich glaubte, vernachlässigen zu können. Von der akuten Halluzinose pflegt der erste Anfall, wenn er nicht zum Selbstmord führt, immer in Heilung überzugehen. Der Vorwurf wird mir wohl nicht erspart bleiben, dass ich einen Fall von typischer „Paranoia“ so verkennen konnte. Der fortschreitenden allopsychischen Desorientierung unseres Pat. dürfte in Kürze die autopsychische in Form des Grössenwahns folgen.

Ein nicht minder typischer Fall von Paranoia im Sinne der Autoren wäre Fall 1 Frau H., nur Schade, dass als einzige Ätiologie das Senium zu ermitteln ist, und dass der Fall als akute Angstpsychose begonnen hat. Ein vermutlich dissimuliertes paranoisches Stadium nach Abklingen der akuten Psychose hat sich in diesem Fall chronisch ansteigend weiter entwickelt, chronisch ascendierende Allopsychose. Noch jetzt ist der Zustand im wesentlichen unverändert und dadurch bemerkenswert, dass es immer noch an Zeichen des Grössenwahns fehlt.

Die Fälle 20 und 26 W. und Frau Sch. sind Beispiele von chronisch ascendierenden Psychosen mit ursprünglicher Erkrankung des somatopsychischen Gebietes. Der bei weitem einfachere Fall ist Pat. W., der

z. Z. einen typischen hypochondrischen Verfolgungswahn hat, aber noch keine Andeutung von Grössenwahn. Die Intaktheit des autopsychischen Gebietes ist ihm mit dem Falle der Frau H. gemeinsam. Die Allosomatopsychose des vorliegenden Falles entspricht aber dem bei weitem häufigeren Vorkommnis des überwiegend hypochondrischen Inhaltes der Wahnideen.

Pat. 26 Frau Sch. war ursprünglich ein Fall ganz circumscripter, auf die Sexualorgane beschränkter Somatopsychose. Die anamnestischen und die eigenen Angaben der Pat. weisen auf unbefriedigtes Geschlechtsbedürfnis als Ursache und bestimmend für den Inhalt der hypochondrischen Wahnvorstellungen, ganz ähnlich, wie es bei gewissen überwertigen Ideen der Fall zu sein pflegt. Durch Erklärungswahnideen, Beziehungswahnideen, Erinnerungsfälschungen, retrospektiven Beziehungswahn ist es innerhalb von $1\frac{1}{2}$ Jahren zu dem jetzigen Zustande der totalen, d. h. alle drei Bewusstseinsgebiete umfassenden Desorientierung gekommen, ein verhältnismässig rascher Verlauf, der sich durch eine extensive Krankheitskurve darstellen liesse. Eine entsprechend rasche Progression der Krankheit und dem entsprechend auch noch das Hinzutreten von Motilitätssymptomen mit inhaltlicher Verwirrtheit und Verblödung ist für die Zukunft zu erwarten, wenn nicht etwa ganz akute Schübe den Verlauf noch unheilvoller abkürzen sollten.

Ein genaueres Studium der Vorgänge, durch welche die Desorientierung schliesslich herbeigeführt wird, gestatten die akuten Psychosen. Diese wurden denn auch in überwiegender Zahl vorgestellt, es sind 20 von im ganzen 31 Fällen. Auch für die akuten Psychosen bietet sich überwiegend die durch den Krankheitsvorgang herbeigeführte Änderung des Bewusstseinsinhaltes — die Desorientierung, als Einteilungsgrund. Ich weiche nur insofern davon ab, als ich die Angstpsychosen, die als reine Fälle zu einer dauernden Desorientierung nicht zu führen pflegen, wegen des unzweifelhaft somatischen Charakters ihres Hauptsymptoms, der Angst, den Somatopsychosen zurechne.

Fassen wir bald die einzelnen Fälle ins Auge. Wir werden zunächst den beiden Fällen 5 und 7 P. und Frau H. eine besondere Stellung zuweisen, indem sie, zwischen einer sensorischen und motorischen Gruppe akuter Psychosen in der Mitte stehend, offenbar Zustände (intrapsychischer Hyperfunktion und Afunktion) darstellen, welche das gesamte Associationsorgan gleichmässig betreffen und an sich nicht ausschliessen, dass daneben

noch mehr weniger lokalisierte psycho-sensorische oder psycho-motorische Identifikationsstörungen vorhanden sein können. Da reine Fälle dieser supponierten gegensätzlichen Zustände nicht selten vorkommen, so sind wir zur Anerkennung entsprechender Krankheitsbilder, der Manie und Melancholie gezwungen und verweisen sie wegen der dabei stattfindenden autopsychischen Desorientierung — durch Grössen- und Kleinheitswahn — in die Gruppe der akuten Autopsychosen.

Demnächst verhältnismässig einfach sind die vier Fälle von akuter Angstpsychose 3, 8, 9 und 12. Der reinste davon ist der Fall 12 L. von abortiver Angstpsychose, da er von allen störenden Beimengungen frei ist. Der Umstand, dass Pat. nur autopsychische Angstvorstellungen äussert, entspricht dem geringeren Grade der Krankheit. Man könnte auch das Fehlen von Phonemen daraus erklären wollen, jedoch kommen nicht ganz selten auch vollständig ausgeprägte Angstpsychosen ohne Phoneme vor. Wie oben erwähnt, ist Pat. Ende Januar geheilt entlassen worden. Dass die allopsychische Desorientierung bei Fall 9 B. vermutlich auf deliranten Beimengungen beruhte, ist schon oben hervorgehoben und durch den Verlauf bestätigt worden. Pat. ist geheilt entlassen worden. Fall 3 H. zeigte ausser den charakteristischen Symptomen der Angstpsychose die Zeichen schwerer phtisischer Allgemeinerkrankung, der er auch nach einem gewissen Nachlass der psychotischen Symptome am 8. XII. 1898 erlegen ist. Pat. 8 Louise M. zeigt einen gewissen Grad allopsychischer Desorientierung, der zum Teil auf die affektive Einengung des Bewusstseins, zum Teil auf den Einfluss der ersichtlichen senilen Ätiologie zu beziehen sein mag. Sie bietet aber ausserdem eine bei gewissen schwereren Fällen von Angstpsychose nicht seltene Beimengung von rhythmischen, ganz einförmigen Bewegungen, die wir als psycho-sensorisch bedingt auffassen müssen; dahin gehören die wippenden Rumpfbewegungen und die verbigeratorische Wiederholung ihrer Jammerlaute. Wir werden sie deshalb als parakinetische Angstpsychose unterscheiden. Pat. ist noch jetzt im wesentlichen unverändert, doch hat sich das Allgemeinbefinden etwas gehoben. Letzthin wieder vorgestellt, war sie besser orientiert.

Die Vorstellung von 4 verschiedenen Fällen von Angstpsychose entspricht der klinischen Bedeutung dieser Krankheit, welche nicht nur sehr häufig selbständig auftritt, sondern auch das Anfangsstadium vieler akuter Psychosen, die später ein komplizierteres Bild darbieten, bilden kann. Gegen die affektive Melancholie ist die Angstpsychose

durch das Fehlen des subjektiven Insufficienzgefühles, durch das Vorhandensein von allopsychischen Angstvorstellungen und den auf der Höhe der Angst ganz gewöhnlich auftretenden Beziehungswahn scharf abgegrenzt.

Das Kennzeichen einer akuten Allopsychose, die allopsychische Desorientiertheit, bietet uns der Alkoholdelirant Fall 4 K. Freilich gelingt es in den meisten Fällen viel besser als hier, die Pat. durch äusseren Anreiz ihrem Dämmerzustand zu entreissen und so den Nachweis zu führen, dass die allopsychische Desorientierung keineswegs durch die Halluzinationen bedingt ist.

Als totale sensorische Psychose werden wir die Epileptica Fall 19 H. aufzufassen haben. Man kann das Wesen eines solchen Krankheitsfalles am besten kennzeichnen, wenn man ihn mit den Angstpsychosen vergleicht: Es handelt sich um eine nach Dauer und Heftigkeit des Affektes zu einem excessiven Grade gesteigerte Angstpsychose, allerdings gleichzeitig vermehrt um die der Angstpsychose als solcher nicht zukommende Desorientierung. Es wäre deshalb gegen den Namen epileptischer Angstpsychose auch nichts einzuwenden, wenn man die Steigerung des Krankheitsbildes an Intensität und Extensität auf Rechnung der epileptischen Ätiologie stellen wollte, was nicht unberechtigt wäre. Jedenfalls ist die Annäherungsfurcht, die Schreckhaftigkeit, die Hypermetamorphose und die Einengung des Bewusstseins der epileptischen Grundkrankheit zuzurechnen. Was die Motilität der Kranken betrifft, so stand dieselbe anscheinend vollständig unter dem Einfluss des Affektes und der schreckhaften Sinnestäuschungen. Doch fehlte es nicht an vereinzelten hastigen, gewaltsamen und übertriebenen Muskelaktionen, wie sie die Affektäusserungen der Epileptiker zu kennzeichnen pflegen. Bei der Demonstration hat dieser Punkt nicht die genügende Berücksichtigung gefunden. Die Pat. ist, ehe die relativ günstige Prognose sich bewahrheiten konnte, an florider Phtise zu Grunde gegangen.

Als akute traumatische Autopsychose mit Defektzustand (retroactiver Amnesie) werden wir den merkwürdigen Fall 22 der Frau H. zu bezeichnen haben. Ein gleich reiner Fall von autopsychischer, fast totaler Desorientiertheit mit entsprechender Ratlosigkeit bei wohl erhaltener allopsychischer und somatopsychischer Orientierung ist mir bisher nicht vorgekommen. Am verständlichsten dürfte der Fall liegen, wenn wir ihn als affektive Melancholie, modifiziert durch ein schweres Kopftrauma auf-

fassen. Das subjektive Insufficienzgefühl erscheint in das reine Bild der autopsychischen Ratlosigkeit umgewandelt, es fehlt an jeder Wahnbildung. Dafür hat die Erschwerung der Assoziationsthätigkeit zeitweilig fast den Grad vollständiger Lähmung erreicht, und es besteht der fast bis zur Kindheit zurückreichende Gedächtnisdefekt. Ein Unikum dürfte es auch sein, dass die Merkfähigkeit relativ gut erhalten geblieben ist, während das Erhaltenbleiben der Aufmerksamkeit dem Durchschnitt der Erfahrungen nach Kopftrauma entspricht. Die günstige Prognose, die wir stellen zu können glaubten, hat sich insofern bestätigt, als Pat. am 20. II. 1899 geheilt und mit lückenloser Rückerinnerung entlassen worden ist.

Von ausgeprägten Motilitätspsychosen haben wir nicht weniger als fünf, nämlich die Fälle 2, 6, 15, 21 und 27 kennen gelernt. Von diesen ist der Fall 27 Kl. der verhältnismässig einfachste, da er immer nur akinetische Symptome dargeboten hat, und zwar psycho-sensorischer Entstehung, wie wir annehmen können. Angst, diffuses schweres Krankheitsgefühl, Zeichen schwerer somatopsychischer Desorientierung sind jedenfalls nachweisbar und vielleicht als ausreichende Ursache der immer dominierenden und zeitweilig bis zur Regungslosigkeit gesteigerten Akinese anzusehen. Jedoch wohl nicht mittels bewusster Vorgänge, sondern durch direkte Beeinflussung der Motilität auf dem abgekürzten Wege sm. Dafür sprechen die am häufigsten bei motorischer Identifikationsstörung anzutreffenden Reaktionen der motorischen Perseveration (Verharren in erteilten Stellungen) und Pseudo-Flexibilitas, sowie die zeitweilig beobachteten pseudospontanen Bewegungen und parakinetischen Zustände. Eine weitgehende autopsychische Ratlosigkeit (Findling, anderer Name, Hure, König) und Erklärungswahnideen teils äusserer Beeinflussung (Zauber, elektrische Maschine), teils eigener Krankheit („weil ich verrückt bin") waren ebenfalls vorhanden. Auf allopsychischem Gebiete zeigte sich die Orientierung nur in einer Nacht zur Zeit der Krankheitshöhe leicht gestört, sonst immer erhalten. Ganz akuter Ausbruch, nach 3 Monaten verhältnismässig rasches Abklingen der sensorischen Symptome, rasche Gewichtszunahme, dabei sehr langsames Zurückgehen der akinetischen Symptome. Späte und mangelhafte Krankheitseinsicht bei Erinnerungsdefekt für manches Detail. — Alles in allem ein schwerer Fall von sensorisch-akinetischer Motilitätspsychose. Die Gewichtskurve zeigt eine Zunahme des Körpergewichts vom 25. November bis 18. Januar von 51 auf 60 kg. Ob volle Restitution noch möglich,

erscheint um so fraglicher, als die hebephrenische Ätiologie immer ungünstig einwirkt.

Ausserdem besteht die Befürchtung eines Recidiv's von noch ungünstigerem Verlauf.

Vergleichen wir mit diesem Falle den Fall 2 der Else B., so treffen wir trotz des so abweichenden äusseren Gepräges doch auf eine wesentliche Übereinstimmung in den das Krankheitsbild zusammensetzenden Elementarsymptomen. Autopsychische und somatopsychische Ratlosigkeit und Desorientiertheit, erhaltene allopsychische Orientierung, von Anfang an und bis jetzt ein akinetisches, zum Teil überwiegend parakinetisches Verhalten, jetzt z. Z. des Abschlusses dieser Notizen ein sensorisch freieres, motorisch noch ganz gebundenes Verhalten, dabei die gleiche hebephrenische Ätiologie. Die Abweichungen im Krankheitsbilde werden verständlich, wenn wir im Falle der Else B. eine noch akutere und intensivere Erkrankung, aber ungefähr der gleichen Lokalisation annehmen als bei Kl. Dem entsprechen die verzweifelten Handlungen auto- und somato-psychischer Ratlosigkeit und die auffällig mehr hervortretende motorische Ratlosigkeit und Desorientiertheit. Dass nach dem um vieles protrahierteren Ablauf des an sich schwereren Krankheitsbildes ein schwererer Defekt zurückbleiben wird, erscheint mir nicht zweifelhaft.

Der Krankheitsfall 15 des Frl. F. erhält dadurch sein individuelles Gepräge, dass während des ganzen Krankheitsverlaufes die Abänderung von der normalen Bewegungsform die auffälligste Erscheinung war. Mit Ausnahme der ersten Tage, in denen nur sensorische, besonders somatopsychische Symptome vorhanden waren, lag auch hier andauernd das Bild einer Motilitätspsychose vor, aber mit der Eigentümlichkeit, dass kontinuierliche, immer mindestens Wochen umfassende Phasen von Hyperkinese und Akinese einander abgelöst haben. Das parakinetische Verhalten wurde auch in diesen entgegengesetzten Phasen, die am deutlichsten im sprachlichen Verhalten zum Ausdruck kamen, beibehalten. Soweit könnten wir eine parakinetische Motilitätspsychose von cyklischem Verlauf statuieren. Dass daneben eine, zwar dem Grade nach wechselnde, doch aber meist vollständige Desorientierung auf sensorischem Gebiete besteht, ist oben ausgeführt worden. Nach unseren Erfahrungen ist unter diesen Umständen der cyklische Verlauf von übler Vorbedeutung und lässt, wenn nicht auf einfachen Defekt, auf einen Ablauf zu inhaltlicher Verwirrtheit und bleibender Desorien-

tiertheit schliessen. Ätiologisch ist in diesem Falle zwar erbliche Belastung und psychische Überanstrengung, keinesfalls aber das hebephrenische Moment anzuführen.

Die beiden Fälle 6 und 21 haben eine gemeinsame Ätiologie, des Puerperium. Im übrigen unterscheiden sie sich dadurch, dass Frau Fl. ein bei weitem akuteres, schwereres, mehr an organische Gehirnkrankheiten erinnerndes Krankheitsbild zeigte, mit Benommenheit und deliranten Zügen, nebenbei auch Fieberbewegungen, von denen es fraglich blieb, ob sie als Folgen des Geburtstraumas aufzufassen waren. Das akinetische, motorisch hilflose und ratlose Verhalten neben der Beteiligung des Sensoriums blieben in gleicher Weise nebeneinander bestehen bis zu der jetzt beginnenden Aufhellung des Bewusstseins mit nachlassender Akinese. Die Prognose muss hier günstig gestellt werden, falls es gelingt, den Kräftezustand zu heben. Gerade die Beteiligung des Sensoriums spricht hier für einen akuten und der Restitution zugänglichen Krankheitsprozess.

Frau Kr. Fall 6, aufgenommen am 5. IV. 1898, ist 14 Tage nach dem ersten Partus erkrankt, nachdem sie noch ein fremdes Kind ausser dem eigenen gestillt hatte. Keine erbliche Belastung. Zuerst typisches Bild hyperkinetischer Motilitätspsychose mit Hypermetamorphose und allopsychischer Desorientierung. Bald auch Zeichen von Schreckhaftigkeit und Berührungsfurcht, Überwiegen von Angstvorstellungen und hypochondrischen Sensationen, schwere somatopsychische Desorientierung. Nach Monatsfrist mehr parakinetisch, pseudo-spontane Bewegungen, typische motorische Ratlosigkeit. Seit Mitte Juni akinetische Phase von mehrwöchentlicher Dauer, dann wechselnd motorisches, überwiegend ablehnendes Verhalten, Schimpfausbrüche, starke Gewichtsabnahme. Z. Z. der klinischen Demonstration überwiegend akinetisches, im Januar wieder hyperkinetisches Verhalten bis zur zweiten Menstruation am 9. II., nachdem die Menses am 26. IV. 1898 schon einmal aufgetreten waren. Seitdem beginnende Orientierung. Jetzt keine Defekte, gute Merkfähigkeit, etwas herabgesetzte Aufmerksamkeit, aber motorisch noch gehemmtes Verhalten, initiativer Mutacismus, Unsauberkeit, Negativität an Augen und Unterkiefer, allgemeine Steigerung der Sehnenreflexe. Noch zu erwähnen ist ein vereinzelter epileptischer Anfall mit Zungenbiss, welcher am 13. VI. 1898 beobachtet wurde. Die Prognose dieses Falles von cyklischer Motilitätspsychose ist trotz fehlender Defekte ungünstig zu stellen, voraussichtlich wird ein para-

noischer Zustand mit motorischen Beimengungen zurückbleiben, falls nicht wiederkehrende akinetische und hyperkinetische Phasen noch weiterhin zur Demenz führen.

In den fünf skizzierten Fällen handelt es sich immer um mehr als eine Motilitätspsychose, mit anderen Worten, um Kombinationen von Motilitäts-, mit mehr weniger verbreiteten sensorischen Psychosen. Im Gegensatz hierzu giebt es, wenn auch viel seltener, reine Motilitätspsychosen, in denen die Wahnbildung ausschliesslich an die elementaren Motilitätssymptome gebunden ist. Hierhin gehören die zum Teil absolut heilbaren Fälle von reiner akinetischen Motilitätspsychose (Attonität, Melancholia attonita) und von hyperkinetischer Motilitätspsychose, besonders der periodisch recidivierenden menstrual bedingten Form. Von beiden Krankheiten konnten leider keine Beispiele vorgestellt werden.

Eine häufiger vorkommende und, wie es scheint, wohl charakterisierte Form der gemischt sensomotorisch akuten Psychose wird durch den Fall 28 der Frau G. illustriert. Vereinzelte motorische Symptome sowohl hyper- und parakinetischer als akinetischer Art sind hier einem Krankheitsbilde beigemengt, welches inhaltlich die wesentlichen Züge einer akuten Angstpsychose hat, dabei aber rasch zu Ratlosigkeit und Desorientierung und der Erklärungswahnidee führt, übernatürlich beeinflusst, verhext oder verzaubert zu sein. In wenigen Wochen klingen die psychotischen Symptome ab, hinterlassen aber ein mindestens eben so lang oder länger dauerndes paranoisches Stadium, das dann zur vollständigen Heilung führt. Im vorliegenden Fall ist in Überarbeitung, Mangel an Schlaf, Kummer und Entbehrungen eine genügende Ätiologie für die Erkrankung vorhanden.

Die drei Fälle 11, 18 u. 24 G., Sch. und K. liegen verhältnismässig einfach. In dem ersten ist ein deliranter Zustand, in dem zweiten eine Manie mit Symptomen von seiten des Projektionssystems ausgestattet, die die paralytische Ätiologie und damit die ungünstige Prognose sicher stellen. Bei K. handelt es sich um die Folgen eines paralytischen Anfalles, dem entsprechend ist ein gewisser Ausgleich derselben zu erwarten, im übrigen aber die Prognose ebenfalls ungünstig zu stellen.

Komplizierter sind die beiden Fälle 29 u. 30 M. und G. Das Krankheitsbild, welches G. zur Zeit der Demonstration darbot, hatte in seinem Gesamthabitus eine grosse Ähnlichkeit mit den häufiger vorkommenden akinetischen Phasen der progressiven Paralyse. Die nachweislichen

Symptome von seiten des Projektionssystems und der hochgradige Gedächtnisdefekt mussten diesen Verdacht bestätigen. Es wurde aber schon oben erwähnt, dass Pat. vor der Aufnahme einen epileptischen Anfall gehabt hatte, ferner dass er ziemlich sicher als schwerer Potator gelten konnte, endlich dass er schon vor 5 Jahren eine schwere Psychose durchgemacht hatte. Der weitere Verlauf hat nun erwiesen, dass auch die schwere Gedächtnisstörung später bei Nachlass des benommen deliranten Zustandes des Sensoriums wieder zurückgegangen ist, und wir werden deshalb zur Diagnose einer alkoholistischen Pseudo-Paralyse gedrängt, einer Krankheit, welche für ein gewisses Mass der Restitution viel bessere Aussichten bietet, als die eigentliche luetisch begründete progressive Paralyse.

Noch viel mehr sind wir in der Beurteilung des Kranken 29 M. fehlgegangen. Auch bei diesem glaubten wir auf Grund der sehr ausgeprägten Zeichen organischer Gehirnkrankheit: Paraphasie, rechtsseitige Facialisparese, paralytische Sprachstörung — zur Diagnose der progressiven Paralyse berechtigt zu sein. Die später eingegangene Anamnese muss uns dem gegenüber zu der Auffassung führen, dass es sich um eine recidivierende, hebephrenisch-degenerativ begründete Motilitätspsychose handelt. Die Prognose des vorliegenden Anfalles wird daher günstiger, wenn auch nicht gut, denn eine Restitution zu voller Leistungsfähigkeit, wie nach den früheren Anfällen, dürfte bei der Schwere des letzten ausgeschlossen sein. Der Zustand des Kranken hat sich übrigens noch verschlimmert, derselbe muss jetzt fast andauernd isoliert gehalten werden. Ausserdem sind weitere Recidive von allmählich immer schwererer Form mit Sicherheit zu erwarten. Unser Irrtum lehrt, wie schon mancher andere Fall, dass es akute Krankheitsfälle giebt, die ohne Kenntnis der Anamnese einer Diagnose nicht zugänglich sind.

Im übrigen liegt hier eine Schwierigkeit vor, die mir wohl bekannt und in der Natur der Sache begründet ist. Gerade die Motilitäts-Psychosen liefern gewisse Grenzfälle, die ebenso wie die progressive Paralyse als natürliche Übergänge zu den organischen Gehirnkrankheiten aufzufassen sind. Ich erinnere an den Fall Opitz aus unserer Klinik*), der die innere Verwandtschaft zwischen Mutacismus und motorischer Aphasie, zwischen autopsychischem Gedächnisdefekt und

*) Cf. Heilbronner, Heft 1 dieser Abhandlungen.

sensorischer Aphasie aufs schlagendste demonstriert. Ähnlich wird die Paraphasie und selbst die Facialisparese des Falles M. zu deuten sein.

Zum Schluss bedarf es noch einer kurzen Motivierung, warum so komplizierte Fälle, wie die beiden letzt besprochenen, überhaupt vorgestellt worden sind. Es geschah wegen des besonderen wissenschaftlichen Interesses, welches sie bieten, und weil ich annehmen konnte, dass meine Schüler im stande sein würden, selbst in schwierigeren Fällen der klinisch symptomatischen Analyse zu folgen.

Gebrüder Böhm, Kattowitz.

Schletter'sche Buchhandlung, Breslau.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1. **Heilbronner,** Dr. med. **Aphasie und Geisteskrankheit.**

Heft 2. **Bonhoeffer,** Dr. med. **Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen.**

Heft 3/4. **Heilbronner,** Dr. med. **Über Asymbolie.**

Heft 5. **Sachs,** Dr. med., Privatdocent. **Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.**

Heft 6. **Bonhoeffer,** Dr. med., Privatdocent. **Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten.**

Heft 7/8. **Liepmann,** Dr. phil. et med. **Ein Fall von reiner Sprachtaubheit.**

Heft 9. **Gaupp,** Dr. med. **Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.**

Heft 10/11. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau.**

Die Abhandlungen erscheinen in zwanglosen Heften von ungefähr 2 Bogen Umfang oder entsprechend stärkeren Doppelheften und bilden je 15 eine Serie. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt M. 1,00, der Subskriptionspreis für eine Serie M. 11,25.

Schuftan, Adolf, Dr. med. **Botanik für Mediciner.** M. 2,80.
geb. M. 3,60.

Weigert, Karl, Dr. Geheimrat Prof. **Beiträge zur Lehre von den Pocken.** I. Teil M. 4,00; II. Teil M. 1,80.

Wernicke, Karl, Prof. Dr. und Medizinalrat. **Atlas des Gehirns.** Schnitte durch das menschliche Gehirn in photographischen Originalen. Herausgegeben mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften in Berlin. Abt. I. 32 Frontalschnitte durch eine Gehirnhemisphäre. M. 75,00.

— — **Krankheiten der inneren Kapsel.** Ein Beitrag zur Diagnose der Herderkrankungen. M. 1,25.

— — **Der aphasische Symptomencomplex.** Eine psychol. Studie auf anatom. Basis. M. 2,00.

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Einzelpreis Mk. 1,00. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 12.

Über die Klassifikation der Psychosen.

Nach einem in der

Medizinischen Section der Vaterländischen Gesellschaft

zu Breslau gehaltenen Vortrage

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Über die

Klassifikation der Psychosen.

Nach einem in der

Medizinischen Section der Vaterländischen Gesellschaft

zu Breslau gehaltenen Vortrage

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Meine Herren! Die Klassifikation der Psychosen kann als das Schmerzenskind der Psychiatrie bezeichnet werden. Soviel Versuche damit gemacht worden sind, so unbefriedigend sind sie ausgefallen. Diese Thatsache ist leicht verständlich, wenn wir bedenken, dass die Klassifikation immer erst das Ergebnis der umfassenden Kenntnis eines wissenschaftlichen Gebietes sein kann, während die Unvollkommenheit der Kenntnisse auf unserem Specialgebiete noch von jedem Autor, der sich an einer Einteilung der Psychosen versucht hat, betont worden ist. In der That dürfte Ihnen bekannt sein, dass unter den klinischen Disciplinen die Psychiatrie die Rolle der zurückgebliebenen, unentwickelten Schwester einnimmt. Während für die übrigen Disciplinen eine pathologisch anatomische Begründung und damit eine natürliche Einteilung der verschiedenen Krankheiten für die überwiegende Zahl der Krankheitsformen gegeben ist, so sind wir in der Psychiatrie erst in den allerersten Anfängen dieser an sich erstrebenswerten Entwicklung begriffen, und es wäre gänzlich hoffnungslos, auf eine Klassifikation der Psychosen bis zu dem Zeitpunkt ihrer pathologisch anatomischen Differenzierung warten zu wollen. Denn das praktische Bedürfnis nach einer sachlich begründeten Einteilung der Psychosen macht sich jeden Tag auf das dringendste geltend, ganz besonders aber ist es die in einer Klinik naturgemäss im Vordergrunde stehende Lehraufgabe, welche zu einem Versuche der Aufstellung und Bezeichnung ganz verschiedener Krankheitsspezies drängt, die dann erst den wissenschaftlichen Aufgaben einer klinischen Diagnose, Prognose und Behandlung sowie der Erforschung ihrer letzten Ursachen zugänglich werden. Die Einteilung der Geisteskrankheiten, welche in meiner Klinik geübt wird, ist aus dieser Notwendigkeit zu lehren im Laufe der Jahre herausgewachsen. Dass man durch diese Notwendigkeit, einen Gegenstand mit ungenügender

Kenntnis davon zu lehren, in eine üble Lage versetzt wird, können Sie mir nachfühlen, besonders wenn Sie voraussetzen, dass der klinische Lehrer mit den verwandten und zum Teil hochentwickelten Disciplinen der organischen Gehirnkrankheiten und der Neurologie einigermassen vertraut und dadurch gewohnt ist, gewisse Ansprüche an die klinische Analyse zu stellen. Kaum aber werden Sie von der Schwierigkeit der Aufgabe, die unser wartet, eine richtige Vorstellung haben. Um sie zu illustrieren, führe ich an, dass ich bei verschiedenen älteren erfahrenen Irrenärzten gelegentlich angefragt und übereinstimmend die von mir erwartete Antwort erhalten habe, dass ihnen noch immer Fälle von Geisteskrankheit vorkommen, die sie als neue, noch nicht gesehene Krankheitsbilder auffassen müssen, obwohl jeder von uns zum mindesten 10—20 000 Geisteskranke zu sehen Gelegenheit hatte. So gross ist die Mannigfaltigkeit der in der Natur vorkommenden Krankheitsbilder.

Meine Herren! Ich will Sie damit verschonen, eine historische Übersicht über die schon vorhandenen Klassifikationsversuche in der Psychiatrie zu geben.

Nur wenige Namen sollen hier erwähnt werden, von Autoren, deren Wirken noch jetzt in der z. Z. in erfreulichem Aufschwung begriffenen klinischen Betrachtungsweise der Psychosen täglich zur Geltung kommt. In erster Linie ist hier Griesinger zu erwähnen, der durch sein im Jahre 1845 erschienenes Lehrbuch wohl am meisten dazu beigetragen hat, der rein ärztlichen Auffassung der Geisteskrankheiten gegenüber moralisierenden und philosophierenden Einflüssen zur Herrschaft zu verhelfen. In diesem Sinne sind wir alle seine Schüler und kann sein Einfluss kaum hoch genug eingeschätzt werden. Es ist also die löbliche Tendenz, welche sein Buch auszeichnet. Sehen wir aber nach, wie weit diese Tendenz auf die Klassifikation der Psychosen Einfluss gewonnen hat, so müssen wir leider feststellen, dass Griesinger nur alte ihm überkommene Lehren angenommen und auf eine eigene Durchdringung des Gegenstandes ganz verzichtet hat, wie es denn auch charakteristisch für sein Buch ist, dass es nach erst dreijähriger irrenärztlicher Thätigkeit erschienen ist und keine einzige eigene Krankengeschichte enthält. So war es möglich, dass mein Vorgänger an der hiesigen Klinik Heinrich Neumann im Jahre 1859 in seinem hochbedeutenden Lehrbuch der Psychiatrie den Versuch machen konnte, den Satz zu begründen, dass die Annahme

verschiedenartiger Krankheiten in unserem Gebiete nicht berechtigt wäre, das Wort Geisteskrankheit vielmehr selbst schon die Krankheitsart bezeichnete, während die verschiedenen Fälle nur die Bedeutung jeweilig verschiedener, weil individuell gefärbter Einzelfälle dieser Krankheitsart beanspruchen könnten. Für ihn giebt es also nur eine Geisteskrankheit oder, was dasselbe sagt, so viel verschiedene Geisteskrankheiten als erkrankte Individuen. In den bis dahin zumeist anerkannten verschiedenen Krankheitsbildern glaubte er verschiedene Stadien dieser einen alles umfassenden Krankheit zu erkennen. An diesem Beispiel mögen Sie die Hoffnungslosigkeit der Bestrebungen einer Einteilung der Geisteskrankheiten zu damaliger Zeit erkennen. Es fällt um so schwerer ins Gewicht, als H. Neumann unzweifelhaft zu den bedeutendsten Vertretern unseres Faches in unserm Jahrhundert und den Begründern einer klinischen Symptomatologie der Psychosen gehört. Vielleicht als Reaktion auf diesen pessimistischen Standpunkt ist die noch jetzt wertvollste litterarische Erscheinung für unsern Gegenstand, die Schrift von Kahlbaum über die Gruppierung der psychischen Krankheiten, erschienen im Jahre 1863, aufzufassen. Dieses Buch, in welchem sich emsigster Fleiss vereint mit strenger Objektivität und einem durchdringenden Blicke für das Wesentliche zu fast genialer Leistung erheben, könnte noch jetzt einer Einteilung der Geisteskrankheiten zu Grunde gelegt werden, leider aber einer praktisch kaum brauchbaren, denn sie ist viel zu kompliziert und infolge der übergrossen Objektivität des Autors mit zu vielem Ballast an Material, das unzureichende Beobachter geliefert haben, belastet.

Trotzdem müssen wir anerkennen, dass das Buch Kahlbaum's einen wesentlichen Fortschritt auch in unserm Gebiete angebahnt hat, vor allen Dingen dadurch, dass er zum ersten Male gewisse Grundbegriffe der Psychiatrie klar auseinander gehalten und an dem Beispiel seiner Vorgänger nachgewiesen hat, dass alle Einteilungsversuche an dem Mangel derartiger scharfer Unterscheidungen scheitern mussten. Er ist der erste Autor, welcher mit vollem Bewusstsein die einzelnen Elementarsymptome, die Gruppierung derselben zu Habitualformen — Zustandsbildern, wie sie jetzt auch vielfach bezeichnet werden — und eigentlichen Geisteskrankheiten streng von einander unterscheidet.*)

*) Um die gebührende Hervorhebung dieser Verdienste Kahlbaum's hat sich namentlich Cl. Neisser verdient gemacht.

Er weist nach, dass die meisten Einteilungen bisher nur zur Anerkennung gewisser am häufigsten wiederkehrender Habitualformen geführt haben. Als solche allgemein anerkannte Habitualformen führt er die Melancholie, die Manie, die Verwirrtheit und die Demenz an und glaubt in ihnen wie Neumann verschiedene Stadien einer grossen von ihm unterschiedenen Krankheitsgruppe, die er Vesania typica nennt, wieder zu erkennen. Im übrigen statuiert er mit anzuerkennender Vorurteilslosigkeit eine grosse Anzahl von sehr verschiedenen, teils in diese Gruppe gehörenden, teils zu anderen Gruppen zusammenzufassenden Geisteskrankheiten.

Schliesslich kann ich nicht unterlassen, die grosse Bedeutung der klinischen Vorlesungen Th. Meynert's (1890) auch für unsere Frage hervorzuheben. Auch bei Meynert finden Sie die Geisteskrankheiten nur in wenigen Kapiteln abgehandelt, wovon vier, die Manie, Melancholie, die sekundäre Geistesstörung und die Demenz schon durch ihre Benennung an jene von Kahlbaum als Habitualformen bezeichneten Zustandsbilder anklingen. Ganz neu ist dagegen die Schilderung der Amentia als besondere Krankheit in dem einen Kapitel. Versuchen wir eine Definition dieses Krankheitsbildes, so ergiebt sich allerdings, dass man dazu gedrängt wird, in ihm eine Schilderung aller akuten Psychosen mit Ausnahme der Melancholie und Manie zu erblicken. Und in der That glaube ich, dass unsere Kenntnis von den akuten Psychosen in der von Meynert als Amentia überschriebenen klinischen Studie ihre Hauptgrundlagen besitzt, wenn auch ein einheitliches Krankheitsbild der Amentia trotz Meynert's meisterhafter Schilderung verschiedener dazu gehörender Krankheitstypen nicht anerkannt werden kann.

Wenn Sie mich nun fragen, welcher Standpunkt der Klassifikation augenblicklich die meisten Anhänger zählt, so glaube ich nicht fehl zu gehen, wenn ich die von Kraepelin in seinem Lehrbuch *) aufgestellte Einteilung der Geisteskrankheiten für diejenige halte, welche besonders unter der jüngeren Generation der Psychiater die meiste Anerkennung gefunden hat. Sein Eintheilungsprinzip ist, so sehr Kraepelin selbst sich dagegen verwahrt und auch andere Kriterien als massgebend anerkennen will, doch ausschliesslich die Ätiologie, so dass er als ein Nachfolger von Morel in dieser der

*) 4. u. 5. Aufl. 1893 u. 1896.

symptomatischen Analyse der Psychosen wenig zuträglichen Richtung erscheint.

Das Buch Morel's ist schon 1860 erschienen und hat seiner Zeit verdientes Aufsehen erregt. Schon Kahlbaum in seiner oben erwähnten Schrift hat sich mit Anerkennung darüber ausgesprochen, aber weder er noch andere Kliniker nach ihm haben eine ausschliesslich ätiologische Einteilung praktisch durchführbar gefunden. Fragen wir uns, an der Hand unserer gegenwärtigen Kenntnisse, wie sich die ätiologische Einteilung bewährt, so müssen wir zu dem gleichen Ergebnis der Ablehnung kommen. Ein Beispiel liefert eine in unserer Klinik genauer studierte Geisteskrankheit, die ich akute Hallucinose nenne. Die Majorität der Erkrankungsfälle dieser Art ist ohne Zweifel durch Alkoholmissbrauch verursacht, aber ebenso unzweifelhaft wird eine kleinere Zahl von absolut identischen Fällen beobachtet, in denen diese Schädlichkeit nicht vorangegangen ist. Das gleiche Verhältnis gilt hinsichtlich der sogenannten polyneuritischen Psychose und der spezifischen Geisteskrankeit der Greise, welche ich Presbyophrenie nenne. Beide Krankheiten sind in ihrem klinischen Gepräge identisch und nur hinsichtlich ihrer in diesem Falle bekannten Ätiologie verschieden. Daraus ergiebt sich der Satz, dass das gleiche Krankheitsbild durch von einander ganz verschiedene Schädlichkeiten bedingt sein kann. Etwas verschiedeneres als eine chronische Giftwirkung und der durch das Alter bedingte Rückbildungsprozess lässt sich als Krankheitsursache kaum denken. Umgekehrt lässt sich auch nachweisen, dass die gleiche Schädlichkeit von einander ganz verschiedene Geisteskrankheiten hervorbringt, und zwar gerade wieder besonders beweisend an dem Beispiel der chronischen Alkoholvergiftung. Diese bedingt nicht weniger als fünf von einander vollständig verschiedene akute Geisteskrankheiten, nämlich 1. den bekanntesten Typus der transitorischen Psychosen, den sogenannten pathologischen Rausch, 2. das Delirium potatorum, 3. die polyneuritische Psychose, 4. die akute Hallucinose, 5. die bei den Alkoholisten so häufigen Angstpsychosen. Durch diese den erfahrenen Irrenärzten wohlbekannten Thatsachen wird die Unmöglichkeit, eine natürliche Einteilung der Psychosen auf die Ätiologie zu begründen, so augenscheinlich dargethan, dass wirklich ein ungewöhnlicher Mut dazu gehört, sie dennoch festzuhalten. Freilich lehrt auch der Erfolg, dass die Zahl der auf dieser Basis zu differenzierenden Krankheitsformen immer mehr zusammenschmilzt und

wir uns der eine Zeit lang überwundenen allgemeinen Verschwommenheit der Symptomatologie auf diesem Wege wieder bedenklich nähern.

Dagegen möchte ich ausdrücklich betonen, dass für den Verlauf der Geisteskrankheiten die Ätiologie als hauptsächlich bestimmender Faktor anerkannt werden muss, wie schon das Beispiel der unter dem Namen der progressiven Paralyse zusammengefassten luetisch bedingten Geisteskrankheiten zur Genüge lehrt.

Der Grund dafür, dass die Ätiologie allein für die Einteilung der Geisteskrankheiten nicht zu verwerten ist, ist leicht einzusehen. Ich muss bei dieser Gelegenheit auf den Standpunkt H. Neumann's, den ich schon oben erwähnt habe, zurückgreifen. Niemand zweifelt daran, dass die Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns sind, somit als Krankheitsgattung den Krankheiten anderer Organe, wie der Leber, des Herzens oder der Lunge gleichzustellen sind. Der Unterschied ist aber der zwischen Organen von wesentlich gleicher Struktur und von sehr differenzierter Zusammensetzung, ein Gegensatz, als dessen Haupttypen etwa die Leber und das Gehirn gelten können. Schon das Beispiel der organischen Gehirnkrankheiten selbst hätte H. Neumann belehren können, dass bei einem so zusammengesetzten Organe je nach der befallenen Lokalität verschiedene Krankheitsbilder resultieren müssen. Und dieser Gesichtspunkt der Lokalität ist von solcher Wichtigkeit, dass er sogar bei der Leber unter Umständen Bedeutung erlangt, wenn ein Krankheitsherd bald nahe der Oberfläche liegt, so dass er das Bauchfell in Mitleidenschaft zieht, bald ganz in der Substanz oder am Hilus, und hier bald zur Kompression der Vena portae, bald des Ductus choledochus führend. Ähnlich wie die organischen Gehirnkrankheiten mussten die Erkrankungen des peripherischen Nervensystems auf den massgebenden Einfluss der Lokalität für jeden Einteilungsversuch hinweisen. Übrigens ganz im Vorbeigehen gesagt, liefern auch die Krankheiten des Nervensystems hinlängliche Belege für den oben vertretenen Satz von der Unzulänglichkeit der Ätiologie als Einteilungsgrund, wie an einer Anzahl von den oben angeführten analogen Beispielen leicht darzuthun wäre.

Sowohl die Erfahrungen der Gehirnpathologie als die der Neurologie zeigen uns also, dass jeder Einteilungsversuch an einem Organ, welches aus nervösem Parenchym besteht, in erster Linie die befallene Lokalität zu berücksichtigen hat. Wir werden uns fragen: Inwiefern kann von einer Lokalität innerhalb des spezifischen Bewusstseinsorganes die Rede

sein? In dieser Beziehung muss ich nun auf Ausführungen verweisen, die ich an einer anderen Stelle gemacht habe und deren Ergebnis ich hier nur kurz anführen kann. Als anatomisches Substrat, welches für uns allein in Betracht kommt, haben wir das Associationsorgan des Gehirns zu betrachten und innerhalb desselben eine allerfeinste Lokalisation nach den Leistungen anzunehmen.*) Die Anerkennung einer Gesetzmässigkeit der Denkvorgänge, eine zweifellose Voraussetzung jeder klinischen Psychiatrie, führt zu einer Anwendung des Satzes von der spezifischen Energie auch auf die Associationsbahnen, so dass ein bestimmter Gedankeninhalt nur ganz bestimmte Elemente zum Träger hat. In der Psychiatrie werden es also die inhaltlichen Störungen des Bewusstseins sein, welche in erster Linie bei jeder Einteilung berücksichtigt werden müssen.

Wie Ihnen bekannt sein dürfte, unterscheiden wir als Inhalt des Bewusstseins die Summe aller Vorstellungen. Die Erfahrungen der Klinik haben uns dazu geführt, dieselben in 3 Kategorien einzuteilen, je nachdem sie eine Vorstellung von der Aussenwelt, vom eignen Körper und der sogenannten Persönlichkeit oder Individualität, d. h. die Summe der individuellen Erinnerungen eines Menschen zum Inhalt haben. Sie werden sich erinnern, dass ich dem entsprechend schon früher die chronischen Psychosen als Allopsychosen, Somatopsychosen und Autopsychosen und Kombinationen zwischen denselben beschrieben habe. Dieselbe Einteilung hat sich uns auch für die akuten Psychosen durchführbar erwiesen, worauf ich bald noch näher eingehen werde.

Vorher möchte ich noch einen Gesichtspunkt berühren, der unmöglich vernachlässigt werden darf. Greifen wir auf das Beispiel der Leber zurück, so ist eine natürliche Einteilung dieses sowie jedes anderen Organes je nach dem Krankheitsprozess gegeben. Eine Lebercirrhose, ein Gumma, ein Abscess, ein Echinococcus der Leber sind streng von einander differenzierte Krankheiten. Wie verhält es sich dem gegenüber mit den Krankheitsprozessen, welche den verschiedenen Geisteskrankheiten zu Grunde liegen? Darüber können uns natürlich nur die Sektionsbefunde belehren. Ich will davon zunächst ein sicheres Ergebnis hervorheben: Bei allen Geisteskrankheiten wird ein makroskopischer Befund vermisst. Wenn Sie darüber in den Lehrbüchern

*) Vergl. darüber auch die Ausführungen Meynert's in dessen klinischen Vorlesungen.

zum Teil anders berichtet werden, so handelt es sich immer um Befunde von zufälliger oder nebensächlicher Bedeutung. Nur eine einzige Ausnahme ist ausdrücklich zu erwähnen, die zum Teil sichtbare, zum Teil durch das Gewicht nachweisbare Volumensverminderung des Gehirns nach langjähriger Paralyse, und auch von dieser wissen wir, dass sie nur einen Folgezustand des eigentlichen Krankheitsprozesses, des Zerfalles der nervösen Gewebselemente darstellt. Alle neueren Arbeiten, welche zu einem positiven Ergebnis gelangt sind, stimmen darin überein, dass der gleiche primär degenerative Prozess an den Nervenfasern und Nervenzellen des Gehirns den verschiedensten akuten Geisteskrankheiten zu Grunde liegt, ganz analog der bis vor kurzem auch noch unbekannt gebliebenen und ebenfalls nur mikroskopisch nachweisbaren degenerativen Neuritis der peripherstен Nervenendigungen. Einer der neuesten und verdientesten Forscher auf diesem Gebiete, Alzheimer, erkennt nur insoweit eine Verschiedenheit des anatomischen Prozesses an, als er Krankheiten unterscheidet, bei denen ausschliesslich das nervöse Parenchym ergriffen ist, und andere, bei welchen rasch auch das Gliagewebe, sowohl Kerne als Fasern durch irritative Vorgänge in Mitleidenschaft gezogen wird. Die letzteren scheinen einer Restitution weniger zugänglich zu sein. Nach den Gesichtspunkten, die uns Weigert an die Hand gegeben hat, ist aber diese Teilnahme der Glia als ein sekundärer, von der ursprünglichen Erkrankung des nervösen Parenchyms abhängiger Vorgang zu betrachten, dessen früheres oder späteres Auftreten ausschliesslich davon abhängen dürfte, wie rasch und infolge welcher Schädlichkeit im gegebenen Falle die Nekrose der nervösen Gewebselemente sich vollzieht.

Daraus geht hervor, dass wir aller Wahrscheinlichkeit nach berechtigt sind, einen annähernd gleichen Krankheitsprozess bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund vorauszusetzen. Es blieben somit nur etwaige Krankheiten ohne anatomischen Befund, d. h. die sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten übrig, für die der Gesichtspunkt eines anatomischen Prozesses ohnehin in Wegfall käme.

Diese Erwägungen sind es, welche meiner Meinung nach vom Standpunkt der allgemeinen Pathologie aus dazu zwingen, jedem Einteilungsversuch der Psychosen in erster Linie die Norm der Lokalität, in zweiter die der Ätiologie zu Grunde zu legen und jede andere als nicht von der Natur des erkrankten Organes abgeleitet, zurückzuweisen. Höchstwahrscheinlich sind diese beiden Normen

auch die einzigen Bedingungen für die Gestaltung der speciellen Symptomatologie eines Krankheitsbildes.

Indem ich nun dazu übergehe, kurz darzuthun, dass sich die Einteilung nach dem Vorstellungsinhalt auch für die akuten Psychosen bewährt hat, so dass wir akute Autopsychosen, Allopsychosen, Somatopsychosen und Kombinationen derselben unterscheiden, muss ich daran erinnern, dass ich früher*) das motorische Verhalten der Geisteskranken als ausschliesslichen Gegenstand der Beobachtung bei den Geisteskranken nachgewiesen habe. Aber auch in dieser Hinsicht können Verschiedenheiten der Lokalität obwalten, je nachdem das motorische Verhalten infolge psychosensorischer, oder intrapsychischer oder psychomotorischer Identifikationsstörungen krankhaft verändert ist. Wo nun bei den akuten Psychosen die direkte psychomotorische Störung so überwiegt, dass ein Rückschluss auf den Vorstellungsinhalt nicht möglich ist, wie z. B. beim Ausfall jeder Bewegungsäusserung, ergiebt sich ganz von selbst die Kategorie der Motilitätspsychosen, welche je nachdem als akinetische, hyperkinetische oder parakinetische Motilitätspsychosen näher charakterisiert werden können. Nach Ablauf dieser akuten Symptome kann sich dann beispielsweise eine reine Autopsychose in Form des sogenannten Prophetenwahns herausstellen.

Die Einteilung der akuten Psychosen auf Grund genauer Analyse der Symptome hat die Kenntnis einer fundamentalsten Thatsache zur Voraussetzung: Jede Geisteskrankheit führt zur Desorientierung, so dass wir die oben erwähnten Störungen der von mir sogenannten sekundären Identifikation gewissermassen als die Mittel zu betrachten haben, deren sich die Natur bedient, um die Desorientierung herbeizuführen. Erfolgt die Desorientierung rasch, so resultiert ein spezifischer Affekt die Ratlosigkeit. Demgemäss unterscheiden wir in unserer Symptomatologie eine autopsychische, allopsychische, somatopsychische, motorische Desorientierung und ebenso die entsprechenden verschieden gefärbten Affekte der Ratlosigkeit.

Meine Herren! Darf ich Ihnen das Schema der von mir sogenannten Störungen der sekundären Identifikation noch einmal ins Gedächtnis zurückrufen. Dieses Schema lehnt sich an den Vorgang des Krankenexamens an und ist mit dem Schema der aphasischen Störungen identisch. Es sei *s* das sensorische Projektionsfeld der Sprache (die linke I. Schläfenwindung), *m* das motorische Projektions-

*) Grundriss der Psychiatrie, Teil I.

feld (die Broca'sche Windung). Wird der Wortklang als bekannt wiedererkannt, so ist das ein Akt der primären Identifikation (Assimilation von Wundt genannt). Soll aber der Sinn eines Wortes verstanden werden, so gehört eine Fortsetzung der sensorischen Bahn über die nächste Rindenendigung hinaus zu einer bestimmten Vorstellung *A* oder Ausgangsvorstellung (Angriffsvorstellung Meynert's) dazu. Damit gewinnen wir eine psychosensorische Bahn *sA*. Soll die Antwort etwa auf eine Frage erfolgen, so muss diese Ausgangsvorstellung mit einer Zielvorstellung *Z* verbunden gedacht werden, welche ihrerseits eine bestimmte Sprachbewegungsvorstellung in der Broca'schen Windung *m* innerviert. So gewinnen wir eine intrapsychische Strecke *AZ*, und eine psychomotorische Strecke *Zm* der Association. Nach den Kategorien der aufgehobenen, gesteigerten oder abgeänderten Nervenfunktion ergeben sich dann 3×3 verschiedene Störungen der sekundären Identifikation, nämlich eine psychosensorische Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie, eine intrapsychische Afunktion, Hyperfunktion, Parafunktion, eine psychomotorische Akinese, Hyperkinese und Parakinese. Durch Übertragung des Sprachschemas auf jede Art bewusster Reaktion auf Sinnesreize gewinnen wir dann ein Schema der gesamten motorischen Äusserungen der Geisteskranken einschliesslich der sprachlichen, mimischen u. s. w. Es dürfte von grossem Interesse sein, mit unserem Schema ein früher aufgestelltes zu vergleichen, das eigentlich auf dem gleichen Prinzip aufgebaut ist, und wie Kahlbaum richtig erkannt hat, als Grundlage einer allgemeinen Symptomatologie der Geisteskrankheiten gebraucht werden konnte. Es ist das von Stark*) aus dem Jahre 1838. Er unterschied Gefühlskrankheiten, Verstandeskrankheiten und Willenskrankheiten und dementsprechend 9 verschiedene Einzelformen als Athymie, Hyperthymie, Parathymie, Anoëse, Hypernoëse und Paranoëse, Abulie, Hyperbulie und Parabulie. Der Vorteil unseres Schemas liegt auf der Hand: es kann der unklaren Begriffe: Gefühl, Verstand, Wille entbehren; es erhebt auch nicht den Anspruch, Krankheiten danach zu unterscheiden, sondern nur die aus dem motorischen Verhalten der Kranken abzuleitenden Symptome. Immerhin sehen Sie, dass unser Schema nichts absolut Neues enthält, sondern auf Gedankengängen beruht, die so nahe liegen müssen, dass sie schon im Jahre 1838 auf unseren Gegenstand angewendet worden sind.

*) Kahlbaum s. oben S. 18.

Im gegebenen Falle irgend einer akuten Psychose gestaltet sich also die Aufgabe der Klassifikation folgendermassen: In erster Linie suchen wir festzustellen, in welchem Bewusstseinsgebiete der Kranke desorientiert oder in seiner Orientierung bedroht ist. Die zweite Aufgabe besteht in einer Analyse der Symptome nach Anleitung des Schemas der Identifikationsstörungen, an welches ich so eben erinnert habe. Demnächst ist Ätiologie und Verlauf in Betracht zu ziehen. So ist z. B. das Delirium potatorum eine durch chronische Alkoholintoxikation bedingte Allopsychose, d. h. eine Psychose mit Desorientierung in der Aussenwelt, zusammengesetzt aus folgenden charakteristischen Symptomen: Hallucinationen der verschiedenen Sinnesgebiete, vorwiegend auf optischem und taktilem = psychosensorischer Hyperästhesie; Illusionen = psychosensorischer Parästhesie; Unfähigkeit der örtlichen Orientierung = psychosensorischer Anästhesie; Beschäftigungsdelirium, Bewegungsunruhe = psychosensorischer Hyperkinese; zuweilen Angst = psychosensorischer Parästhesie. Im ganzen ein Komplex von psychosensorischen Identifikationsstörungen. Selbständige intrapsychische und motorische Identifikationsstörungen fehlen. Dagegen ist noch ein Überschuss von Symptomen vorhanden, welche über den Rahmen der eigentlichen Psychosen hinaus in das Gebiet der organischen Gehirnkrankheiten übergreifen: die Affektion des Sensoriums, welche in Benommenheit von zeitlich wechselnder Intensität besteht, und die Symptome von Seiten des Projektionssystems, als Tremor, Sprachstörung, Zungenabweichung, Facialisparese u. dergl. m. Weitere einleuchtende Beispiele liefern die Manie und die affektive Melancholie, beides Autopsychosen, da ausschliesslich die Orientierung über die eigene Person in Form des Grössenwahns und des Kleinheitswahns leidet, beide ausserdem insofern bemerkenswert, als sämtliche Symptome auf die Annahme intrapsychischer Hyperfunktion und intrapsychischer Afunktion zurückgeführt werden können. Der konträre Gegensatz der Zustände des Associationsorgans, der hier angenommen wird, findet bekanntlich in den entsprechenden, wenn auch nicht häufig vorkommenden reinen Krankheitsbildern eine Bestätigung. Auf weitere, speciellere Ausführungen möchte ich hier verzichten. Ich möchte nur hervorheben, dass es nach meiner naturgemäss nur sehr annähernden Schätzung etwa die Hälfte aller Fälle von akuten Psychosen sein mögen, welche sich in bekanntere derartige Krankheitstypen einreihen lassen, während

die andere Hälfte wenigstens vorläufig rubriziert und klassifiziert und so für eine künftige Verwertung durch Vergleich mit analogen Fällen vorbereitet werden kann.

Ich komme hier auf einen Punkt, der wohl besprochen werden muss, wenn ich mich nicht Missverständnissen aussetzen will. Was durch unsere eben geschilderten Klassifikationsversuche in der Klinik erreicht wird, ist an sich von untergeordnetem Werte; denn es kann sich bei der schon oben betonten ganz ausserordentlich grossen Zahl verschiedener Krankheitstypen leicht ereignen, dass ein Fall zunächst vereinzelt bleibt und sich in Jahrzehnten nicht wiederholt, trotzdem aber als eigener Krankheitstypus anerkannt werden muss. Als Beispiel möchte ich hier den Fall 22 meiner Krankenvorstellungen*) aus dem vorigen Semester, ein Beispiel akuter traumatischer Autopsychose, anführen. Aber gerade an einem solchen Beispiel sehen wir, was unsere Methode der Klassifikation doch leistet, dass sie es nämlich ermöglicht, das Typische an einem noch vollständig unbekannten Krankheitsfalle festzulegen, und zwar so, dass jeder andere Beobachter, der einen gleichen Fall zu Gesicht bekommt, mit Leichtigkeit das identische Krankheitsbild herauserkennt. Eine ganz andere, und wie ich anerkenne, viel höher stehende Leistung ist es dem gegenüber, die häufigst vorkommenden, einem grösseren Kreise von Fachgenossen schon bekannteren speciellen Krankheiten auszusondern und möglichst eingehend zu studieren, da es unser Ziel sein muss, zunächst sie in bestimmter Abgrenzung zu allgemeiner Anerkennung zu bringen und damit eine specielle Pathologie der Psychosen, wenn auch zunächst von nur geringem Umfange, zum gemeinsamen Besitz aller Irrenärzte zu machen.

In unserer Klinik sind es folgende besondere Psychosen, von denen ihrer Häufigkeit oder bestimmteren Kenntnis wegen möglichst in jedem Semester ein oder der andere Fall vorgestellt wird. Wie man sehen wird, sind es sämtlich Einzelfälle unserer oben unterschiedenen grossen Kategorieen. Unter den Allopsychosen steht das Delirium tremens in erster Reihe, demnächst die polyneuritische Psychose und die Presbyophrenie, sämtlich mit allopsychischer Desorientierung einhergehend. Die akute Hallucinose, von vornherein nur mit allopsychischer Ratlosigkeit einhergehend, zeigt dagegen die allopsychische Desorientierung nur in dem ihr eigenen paranoischen

*) Vergl. Heft 10/11 dieser Abhandlungen.

Stadium. Sie ist der Typus einer akuten, die chronische Hallucinose der einer chronischen hallucinatorischen Allopsychose. Die affektive Melancholie, die reine Manie und entsprechende Fälle von zirkulärer Psychose sind, wie schon oben erwähnt, Beispiele von Autopsychosen, ferner auch der paralytische Grössenwahn und die originäre Verrücktheit, und ebenso bilden die Fälle von überwertigen Ideen wie z. B. der Querulantenwahn eine besondere Gruppe von circumscripten Autopsychosen. Zu den Somatopsychosen gehören die Fälle bald nur intestinaler, bald mehr generalisierter, teils akuter, teils chronischer, einfach hypochondrischer Psychose (einfach insofern, als die allopsychische Orientierung erhalten bleibt), während der hypochondrische Verfolgungswahn, eine selbständige Form chronisch ascendierender Psychose, auf das allopsychische Gebiet übergreift und als Allosomatopsychose zu rubrizieren ist. Die besonders häufig vorkommenden Fälle von Angstpsychosen, ihrem Hauptsymptom nach den Somatopsychosen zugehörig und den hypochondrischen Psychosen nächst verwandt, gehen doch mit autopsychischer und allopsychischer Ratlosigkeit, auf autopsychischem Gebiete auch mit Desorientierung einher, so dass sie ebenfalls den kombinierten Psychosen zugerechnet werden können. Endlich ist die sogen. periodische Manie als mit Vorliebe menstruell begründete hyperkinetische Motilitätspsychose und die bald mehr bald weniger reinen Fälle von akinetischer und parakinetischer Motilitätspsychose zu erwähnen. Bei einer Reihe von anderen häufiger vorkommenden Krankheitszuständen, wie z. B. der von mir unterschiedenen depressiven Melancholie sind wir in unseren Kenntnissen noch nicht so weit, dass wir sie als Krankheitstypen anerkennen können, obgleich wir sie leicht klassifizieren und zwar in unserem Beispiele den Autopsychosen einreihen können. Diesen gegenüber stehen wir noch auf dem alten Standpunkte der Habitualformen.

Zum Schluss muss ich noch einmal der alten Überlieferung gedenken, wonach die meisten Geisteskrankheiten nach einander verschiedene Habitualformen oder Zustandsbilder durchlaufen sollten. Von den oben angeführten, häufiger vorkommenden Psychosen muss ausdrücklich erwähnt werden, dass dies nicht der Fall ist. Es kommt sogar so selten vor, dass Fällen derart eine besondere Aufmerksamkeit seitens unserer Klinik zugewendet wird; so wurde in diesem Semester ein Fall*) (hebephrenischer Entstehung) gerade deshalb vorgestellt.

*) Vgl. Heft 13/14 dieser Abhandlungen Fall 16.

Von den oben angeführten einfachen Psychosen kann man diese Fälle als zusammengesetzte Psychosen unterscheiden, wie dies schon von Ziehen in seinem Lehrbuch geschehen ist. Ausser den hebephrenisch bedingten dürften es wesentlich die paralytischen Psychosen sein, welche öfter einen Wechsel der Krankheitsbilder zeigen, aber auch dieser ist weit entfernt von der Regelmässigkeit der Aufeinanderfolge, welche man früher statuieren zu können glaubte. Namentlich kann eine initiale paralytische Manie ebensowohl in eine depressive Melancholie übergehen, wie umgekehrt letztere in die Manie. Dass die alte Lehre von der initialen Melancholie sich so lange hat behaupten können, liegt wohl daran, dass der peinliche Affekt der Ratlosigkeit, der fast alle akuten Psychosen in ihrer Entstehungszeit begleitet und diese oft noch überdauert, mit Melancholie verwechselt worden ist.

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz.

Schletter'sche Buchhandlung, Breslau.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1. **Heilbronner,** Dr. med. **Aphasie und Geisteskrankheit.**

Heft 2. **Bonhoeffer,** Dr. med. **Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen.**

Heft 3/4. **Heilbronner,** Dr. med. **Über Asymbolie.**

Heft 5. **Sachs,** Dr. med., Privatdocent. **Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.**

Heft 6. **Bonhoeffer,** Dr. med., Privatdocent. **Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten.**

Heft 7/8. **Liepmann,** Dr. phil. et med. **Ein Fall von reiner Sprachtaubheit.**

Heft 9. **Gaupp,** Dr. med. **Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.**

Heft 10/11. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau.**

Heft 12. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Über die Klassifikation der Psychosen.**

Die Abhandlungen erscheinen in zwanglosen Heften von ungefähr 2 Bogen Umfang oder entsprechend stärkeren Doppelheften und bilden je 15 eine Serie. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt M. 1,00, der Subskriptionspreis für eine Serie M. 11,25.

Schultan, Adolf, Dr. med. **Botanik für Mediciner.** M. 2,80. geb. M. 3,60.

Weigert, Karl, Dr. Geheimrat Prof. **Beiträge zur Lehre von den Pocken.** I. Teil M. 4,00; II. Teil M. 1,80.

Wernicke, Karl, Prof. Dr. und Medizinalrat. **Atlas des Gehirns.** Schnitte durch das menschliche Gehirn in photographischen Originalen. Herausgegeben mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften in Berlin. Abt. I. 32 Frontalschnitte durch eine Gehirnhemisphäre. M. 75,00.

— — **Krankheiten der inneren Kapsel.** Ein Beitrag zur Diagnose der Herderkrankungen. M. 1,25.

— — **Der aphasische Symptomencomplex.** Eine psychol. Studie auf anatom. Basis. M. 2,00.

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Einzelpreis Mk. 3,00. Eine Serie (15 Hefte) Mk. 11,25.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 13/15.

Krankenvorstellungen

aus der

Psychiatrischen Klinik

in Breslau

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

HEFT 2.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Das Recht der Übersetzung in fremde Sprachen bleibt vorbehalten.

Krankenvorstellungen

aus der

Psychiatrischen Klinik

in Breslau

von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

HEFT 2.

BRESLAU 1899.

SCHLETTER'sche BUCHHANDLUNG

(Franck & Weigert)

Inhaber: A. Kurtze.

Sommersemester 1899.

1. Else B . . . ., 20 Jahre.

Klinische Vorstellung am 29. IV. 1899, vgl. vor. Sem. Fall 2.

Patientin zeigt im Gegensatze zur vorigen Vorstellung ein äusserst lebhaftes Verhalten. Gesichtsausdruck und Körperhaltung wechseln beständig und deuten eine übermütige, zu Unfug und dummen Streichen neigende Stimmung an. Ihre Bewegungen und Worte verraten eine beträchtliche Ungeniertheit, obgleich sie keine eigentlichen Obscönitäten äussert. Ihre oft flegelhafte Haltung, ihr Räuspern und Spucken, ihr Umherschlendern lassen keine Spur von gesellschaftlicher Rücksichtnahme auf die Situation erkennen.

Ein grosser Teil ihrer Bewegungen kann einfach als Ausfluss ihrer ausgelassenen Stimmung gelten. Diese Bewegungen sind meist recht komplizierter Art, bisweilen von unverkennbarer Zierlichkeit und Eleganz und haben häufig einen clownhaften oder parodistischen Anstrich. So schürzt sie beim Schreiben an die Tafel mit der linken Hand ihr Kleid nach Art einer Menuett-Tänzerin, während sie mit weit ausgestrecktem rechten Arm in grossen Zügen schreibt und dabei tänzelnd die Füsse setzt.

Ein anderer Teil der Bewegungen ist durch den Anblick in ihrer Nähe befindlicher Gegenstände veranlasst: So wenn sie die Feder auf dem Tische ergreift und damit Schreibbewegungen macht, sich zur Waschvorrichtung begiebt, dort herumpantscht und die Seife abscheuert, nach dem Buche des schreibenden Assistenten greift, oder auch zum Bett geht und sich auf dasselbe wirft.

Nicht zum kleinsten Teile aber erscheinen ihre Bewegungen psychologisch nicht motivierbar. Diese Bewegungen haben einen etwas einfacheren Charakter und wiederholen sich in ihrem gleich zu schildernden Ablauf mehrere Male in typischer Weise. Auch sie haben etwas entschieden Clownartiges. So giebt Pat. ihren Zügen durch plötzliches Stirnrunzeln einen komisch nachdenklichen Ausdruck, fixiert einen Punkt auf dem Fussboden und spuckt dann ein paar Mal aus. Dann schüttelt sie sich vor Lachen und versenkt das Gesicht in die auf dem Tische liegenden Arme, die Stirn auf die gekreuzten Unterarme lehnend. Oder sie macht wieder ihr nachdenkliches Gesicht, legt den rechten Zeigefinger an die Stirn, oder kraut sich mit ihm langsam in der Wangengegend; dann macht sie plötzlich eine Grimmasse, indem sie erst den Mund breit zieht, ihn dann spitzt und vernehmlich die Luft hervorblässt, oder die Unterlippe vorschiebt und prustet. Darauf folgt in der Regel ein langsames, gleichsam enttäuschtes Kopfschütteln, und zum Schluss sitzt sie, das Gesicht in die Hände vergraben, eine Weile mit auf den Tisch gestemmten Ellenbogen da.

Dabei spricht sie unaufhörlich mit fast unverständlicher, nuschelnder oder murmelnder Stimme, wobei sie oft die Hand vor den Mund hält oder die Faust hineinsteckt. Bisweilen ist ihre Aussprache auch deutlich, die Sprechweise aber absichtlich verstellt, kindlich. Sprechen, singen und krähen wechseln mit einander ab. Der Hauptinhalt ihres Redeflusses besteht aus wenig zusammenhängenden Erinnerungen an ihr Leben in der Familie, im Kreise ihrer Bekannten, im Krankenhause, nicht selten unterbrochen durch Anknüpfungen an eigne Bewegungen, Worte des Prof. W., ihr grade in die Augen fallende Gegenstände und Vorgänge.

So hebt sie den Arm und sagt dazu: „bis oben rauf"; sie macht Schreibübungen und spricht von der Schule; sie bewegt taktmässig die Füsse und singt zu diesem Takt: „noch 3, noch 4, noch 5, noch 6", und ein ander mal: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, meine Mutter kochte Rüben, meine Mutter kochte Speck, meine Mutter fiel in den Dreck. Nicht selten schlägt sie mit der flachen Hand oder geballten Faust auf den Tisch und sagt dazu: „Donnerwetter, zum Teiwel", oder auch „verflucht".

„Prof. W. braucht das Wort Hypermetamorphose;" Patientin sagt: „Hypermetamorphose, metamorphose".

„Prof. W.: „dieser". Pat.: „dieser, dieser, dieser".

Als sie die Tafel erblickt, sagt sie: „olle Wandtafel, und nicht ein Bissel bekrält". Sie sieht schreiben und äussert: „schreibt der sich allen Blödsinn auf."

Ausserdem beeinflussen Klangassociationen und inhaltliche Ideenflucht ihren Redefluss. Hier die Wiedergabe eines Teils ihrer Äusserungen im Zusammenhange:

„Äppel, Äppel oder Äpfel, hatte das kleine Mädel, Äpfel pfel . . . immer ein bissel dickfellig . . . fellig . . . Trommelfell . . . es ist mir mal so gewesen, als ob es zerplatzen möchte das Trommelfell . . . Wer da am Ochsen hat herumgeschnitten, das weiss ich nicht . . . Donnerwetter Parapluie . . . da haben sie Kuheiter gesagt, das heisst doch Kuheuter, das war mir ein bissel gar zu dumm. Ich war auch erbost auf das Biest . . . Frauenbildungsverein . . . Paul hat gesagt, Frauenbildungsverein . . . überall abgeschlossen . . . rumfahren lassen . . . Schnell die Kette vor . . . Vorlegekette. Von hinten sind wir auch immer rein gekommen. Da war die Inspektorin . . die bucklige . . . haben wir uns auch über einen Baum hergemacht . . . mit Kirschen . . . abgefressen und geschüttelt, bis wahrscheinlich nichts mehr oben war . . . blind gewesen, die sind wahrscheinlich blind gewesen . . . Ein kleiner Bengel . . . ein kleiner Lümmel, der hat uns die ganze Hängematte entzwei gemacht".

Zu fixieren ist sie heute nur auf Augenblicke; werden Fragen an sie gerichtet, so ignoriert sie dieselben, oder antwortet mit irgend einem Witz z. B.:

Prof.: „Wie heissen Sie?" „Nie rosumię". (Polnisch: verstehe nicht.)

„Was sind das für Herren?" „Ich wees nicht, sind mir noch nicht vorgestellt".

Nur auf die eine Frage, ob sie schon einmal vorgestellt sei, giebt sie zusammenhängende Auskunft. „Ja das weiss ich, das war aber so eine Sitzung, eine ewige Sitzung, wie in der Hölle. Hier war das doch damals überhaupt ganz anders".

Aufforderungen kommt sie dagegen besser nach: Sie kommt auf Wunsch von der Wasserleitung zurück, setzt sich und schreibt aufgefordert ihren Namen an die Tafel. Allerdings ergreift sie bei dieser Gelegenheit zu gleicher Zeit die blaue und gelbe Kreide und schreibt mit grossen, für ein Mädchen ungewöhnlich flotten Zügen, erst Schullraht und dann Büttnersche.

Trotzdem ist sie über ihre Personalien völlig orientiert, wie eine am vorigen Tage vorgenommene Exploration sichergestellt hat, und hat wohl auch ein richtiges Verständnis der Situation. Wenigstens könnte man das daraus schliessen, dass sie zu Anfang der Vorstellung offenbar mit scherzhaft gemeinter Beziehung auf sich „Versuchsobjekt" an die Tafel schrieb.

Besprechung: Zustand von maniakalischer Verwirrtheit.

Krankheitsverlauf vom 1. II. 1899 bis 29. IV. 1899. Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs ist noch nachzutragen, dass Patientin, die am Schluss des vorigen Semesters ein sensorisch freieres, motorisch noch ganz gebundenes Verhalten zeigte, auch in ihrem Allgemeinbefinden gleichmässige Fortschritte gemacht und besonders im Laufe des Januar eine erhebliche Gewichtszunahme erfahren hat. Weiterhin wurde auch die Motilität freier, Patientin zeigte aber einen dementen Gesichtsausdruck und ein läppisches, dementes Benehmen (Stadium der Demenz). Erst Ende März stellte sich allmählich ein belebteres Wesen mit Rededrang und Bewegungsdrang ein und entwickelte sich zu dem jetzt ausgeprägten maniakalischen Zustande.

A. der Manie angehörige Züge. 1. Gehobene ausgelassene Stimmung. 2. Bewegungsdrang, der einen Übergang zu Thätigkeitsdrang zeigt, indem die Kranke zerreisst, allerlei Unsinn ausübt und reichliche Expressivbewegungen macht. 3. Rededrang überwiegt, mit häufig ideenflüchtiger, incohärenter Verwirrtheit. 4. Nivellierung der Vorstellungen ist ausgesprochen. Pat. ist gelegentlich brutal, obscön, unsauber, ganz ungeniert, flegelhaft gegen die Ärzte. 5. Fixierbarkeit auf Augenblicke erhalten; manche Antworten ganz prompt und inhaltlich zutreffend.

Inhalt des Rededranges. Vielfach auftauchende Erinnerungen an Erlebnisse in der Familie und in der Krankheitszeit, an Aussprüche von Angehörigen und Bekannten. Der Mechanismus der Aufeinanderfolge dieser Erinnerungen ist nicht festzustellen. Abgelenktheit durch Stimmen ist nicht nachweisbar.

B. Elemente der Verwirrtheit. 1. Pseudospontane Bewegungen, die irgend welche Gedankengänge anregen. 2. Hypermetamorphose von dem gleichen Einfluss. 3. Dadurch Unterbrechungen des geschlossenen Gedankenganges. 4. Anknüpfungen durch Assonanz. Wort- oder Silben-Ähnlichkeit: Ideenflucht.

C. Die Bewegungen. Zum Teil Ausdruck der ausgelassenen Stimmung, zum überwiegenden Teil pseudospontan, aber nicht rhythmisch, nicht auffallend einförmig, durchaus den maniakalischen Bewegungen Meynerts*) entsprechend.

Die Lenkbarkeit und Fixierbarkeit verhältnismässig sehr gut erhalten.

Allopsychische Orientierung offenbar erhalten.

Sehr charakteristisch die Antwort auf die Frage nach ihrem Alter, die am Tage vor der Vorstellung nach 5 Minuten der verschiedenartigsten ausweichenden, ideenflüchtigen und scherzhaften Äusserungen richtig erfolgt.

Autopsychische Orientierung offenbar erhalten bis auf ihre Krankheitszeit.

Allgemeinbefinden: Anscheinend gut. Nahrungsaufnahme sehr gut; Schlaf aber nur auf Schlafmittel.

Prognose: Die maniakalische Phase des Krankheitsverlaufes ist von günstiger Vorbedeutung, wie schon Meynert bekannt war, und lässt auf eine relativ gute Restitution hoffen. Die Gefahr eines künftigen Recidivs freilich bleibt sehr gross.

---

2. Frau K . . . , 29 Jahre.

Klinische Vorstellung am 29. IV. 1899.

Pat. ist eine in gutem Ernährungszustande befindliche, dunkel brünette Frau; Gesichtsausdruck und Benehmen lassen nichts Krankhaftes erkennen. Sie ist über ihre Person und die Situation völlig orientiert und hat im grossen und ganzen eine gute Erinnerung für die Zeit ihrer Krankheit.

Prof.: „Als Sie hierher kamen wussten Sie nicht, wo Sie sich befanden?“ „Nein, ich dachte, dass man mich hier einsperren wollte, weil ich meinen Mann mit einem Kinde hintergangen hatte. Ich glaubte, ich würde nicht mehr herauskommen.“

„Sie glaubten wohl, Sie sollten hier umgebracht werden? „Ja.“

„Haben Sie auch Stimmen gehört? „Ja, dass ich schlecht bin.“

„Was weiter?“ „Mein Mann bedrohte mich mit Schimpfworten als er das rausbekommen hatte.“

---

*) Man vergl. dessen Definition, die mit dem Begriff einer psychomotorischen Identifikationsstörung übereinstimmt.

„Was für Schimpfworte waren das?“ „Das mag ich nicht sagen.“

„Genieren Sie sich nur nicht!“ „Hure.“

„Was noch?“ „Schlange.“

„Was noch?“ „Saumensch.“

„Wurde Ihnen nicht auch gedroht?“ „Ja, ich sollte geköpft werden und eingemauert.“

„Haben Sie noch andere Stimmen gehört?“ „Ja, von meinem ersten Bräutigam. Der hat mir eben gedroht, ich sollte eingemauert werden, weil ich meinem Manne das von dem Kinde gestanden hatte.“

„Hat der auch geschimpft?“ „Ja, Luthersches Ass hat er gesagt. Das Ass glaubt an keinen Gott bloss an eine Natur.“

„Ist er denn so fromm katholisch?“ „Ja.“

„Haben Sie die Drohungen geglaubt?“ „Ja.“

„Haben Sie denn darauf hören müssen?“ „Ja ich habe immer hinhorchen müssen, und mich unter die Decke versteckt, weil ich mich vor den Stimmen fürchtete. Auch vor den Herren Ärzten habe ich mich versteckt, weil ich glaubte, die hörten alles ebenso wie ich.“

„Wie waren die Stimmen?“ „Als wenn sie durch ein Telephon geschrieen würden.“

„Waren sie nahe?“ „Nein, weit entfernt.“

„Nicht manchmal auch nahe?“ „Ja, im Einschlafen. Da kamen sie von oberhalb der Thüre, da hab ich auch hingesehen.“

„Haben Sie etwa bemerkt, dass sich die Stimmen Ihnen näherten.“ „Nein, die kamen immer von derselben Stelle und aus derselben Richtung.“

„Wurde Ihnen auch direkt ins Ohr geschrieen?“ „Nein, nur einen zischenden Ton, wie von einem Apparat hörte ich dicht am Ohr.“

„Haben Sie auch was gesehen?“ „Ja, das Gesicht meines Mannes, so als wenn er unten zur Fensterscheibe hereinguckte.“

„Sonst noch was?“ „Ja, als das Gas ausgelöscht wurde, da war es, als ob mein Kind vor mir stünde, in Mantel und Mütze; da wollte ich danach greifen.“

„Haben Sie es ganz greifbar körperlich gesehen, oder nur wie ein Bild?“ „Ganz deutlich, wie ich es verlassen hatte.“

„Hatten Sie auch Angst?“ „Ja sehr Angst.“

„Wo steckte die Angst?“ „Hier, auf dem Herzen.“ (zeigt nach dem Herzen.)

„War die Angst immerfort da?“ „Nein, sie hat auch wieder nachgelassen.“

„War Ihr Körper in Ordnung?“ „Ich kriegte so ein steifes Gefühl in den Gliedern, bis zu den Knieen hinauf. Da habe ich mich nicht rühren können, und dachte, ich müsste sterben. Es dauerte aber nur ein paar Minuten, dann konnte ich mich wieder bewegen.“

„Kam das häufig?“ „Ja in der Nacht und am Tage.“

„War sonst der Körper in Ordnung?“ „Nein, ich hatte es im Halse stecken. Vorher war ich im Krankenhause der Elisabethinerinnen und hatte fortwährend geschrieen.“

„Ja, das erklären Sie sich jetzt so, damals dachten Sie aber?“ „Ich hätte Diphtheritis und müsste sterben.“

„Krankhafte Empfindungen im Unterleibe haben Sie nicht gehabt?“ Nein, nur dass es meinen Leib öfter so durchzuckte, dass ich mit offenen Augen in die Höhe gefahren bin.“

„Sie dachten diese Zuckungen würden Ihnen gemacht?“ „Ja, mit einem elektrischen Apparat im Nebenzimmer.“

„Und dann haben Sie gedacht, dass Sie sich nicht regen könnten, würde auch gemacht?“ „Ja.“

„Und dann, Ihre Nachbarin hätte Sie behext?“ „Ja. Ich habe mir auch eingebildet, dass ich einen anderen Kopf aufgesteckt gekriegt hätte; es war mir als ob ich mit einer Salbe eingerieben würde und als ob mir eine Maske über das Gesicht gedeckt würde.“

„Wussten Sie immer, dass Sie die Frau Kämpf sind?“ „Ja, den Namen wusste ich immer.“

„Aber Sie haben doch einmal auf die Frage: wie heissen Sie, geantwortet: das weiss ich nicht?“ „Da habe ich geglaubt, mein Mann hat mich verstossen.“

„Auch die Frage: sind Sie verheiratet, haben Sie mit »ich weiss nicht,« beantwortet?“ „Ja, ich war so verwirrt durch die Stimmen, da wollte ich nicht antworten.“

„Ein andermal nach dem Namen gefragt, sagten Sie: ehe ich hierherkam, hiess ich Kämpf?“ „Da dachte ich mein Mann wollte sich scheiden lassen.“

„Auf die Frage: haben Sie ein Kind, sagten Sie, es war eins um mich?“ „Ja, ich fürchtete, es wäre dem Kinde was passiert, und man wollte es mir nicht sagen.“

„Hörten Sie, das Kind wäre tot?“ Nein, ich glaubte nur, ich hätte etwas stehen lassen, und das Kind hätte sich verbrannt oder so.“

„Also, anfangs glaubten Sie nicht, dass das hier ein Krankenhaus wäre?“ „Nein, ich glaubte, ich sollte hier eingesperrt werden.

„Wussten Sie, dass die Herren, die Sie besuchten, Ärzte sind?“ „Nein, ich dachte, es steckten alle unter einer Decke.“

„Wie waren die Wärterinnen?“ „Sehr solide und anständig.“

„Haben Sie sich vor denen auch gefürchtet?“ „Ja, ich glaubte, die hörten auch die Stimmen und wüssten, dass ich so schlecht bin.“

„Warum waren Sie dann eine Zeit lang so ablehnend?“ „Weil ich dachte, dass alle die Stimmen hören.“

„Haben Sie nicht auch gedacht, die Ärzte sind an Ihrem Zustand schuld?“ „Ja, die habe ich auch im Verdacht gehabt. Der Herr Oberarzt hatte mir ein Schlafmittel gegeben, das so schlecht schmeckte; da dachte ich, ich sollte vergiftet werden.“

„Wie war die Behandlung?“ „Sehr gut.“

Besprechung: Pat. ist erblich belastet; der Vater ist geisteskrank. Ursächlich ist nur bekannt, dass sie seit einem Jahr magenleidend ist. Infolge davon ist sie körperlich sehr abgekommen. In letzter Zeit fing sie, um Schlaf zu bekommen, zu trinken an. Am 8. XII. abends trat plötzlich ein sehr erregter Zustand auf. Pat. bat den Mann um Verzeihung, hörte Stimmen der Kinder, war nachts sehr unruhig, wurde am 9. XII. ins Krankenhaus der Elisabetherinnen aufgenommen und am 10. XII. hierher überwiesen. Hier entwickelte sich ein übrigens nicht kontinuierlicher Zustand mässiger Akinese, in dem sie sogar einmal unsauber war. An diesen schloss sich eine Zeit von mehreren Wochen, in der sie sich noch ablehnend und mistrauisch verhielt. Seit 6 Wochen glatte Rekonvalescenz.

Diagnose: Akute gemischte, sensomotorische Psychose, ganz ähnlich der der Frau G. (Heft 10/11, No. 28). Charakteristischer Beginn, mit dem Bilde einer Angstpsychose und rasche Steigerung zur Unorientiertheit auf allen 3 Bewusstseinsgebieten. Fernerhin das Auftreten von Motilitätsymptomen, hier wesentlich akinetischer Art, aber nicht in der Ausprägung einer eigentlichen Motilitätspsychose, Festhalten der Wahnideen während eines paranoischen Zustandes, der in die Rekonvalescenz übergeht. Der ganze Ablauf bis zu vollständiger Krankheitseinsicht vollzieht sich innerhalb weniger Monate.

3. Gottlieb K . . . ., Arbeiter, 62 Jahre.

Klinische Vorstellung am 3. V. 1899.

Der Kranke sieht, seinem Alter entsprechend, kräftig und gesund aus. Er begrüsst Prof. W. mit einem höflichen „guten Morgen", zeigt ein komponiertes Benehmen und giebt bereitwillig und fliessend auf die an ihn gestellten Fragen Antwort. Sein rechter Oberarm ist kurz unter dem Schultergelenk amputiert.

Über seine Personalien ist Pat. gut orientiert, er giebt genaue Auskunft über den Unfall, durch den er den Arm verloren, über seine Familie; er weiss wo er sich befindet. Über den Zweck der Demonstration befragt, giebt er an, er solle vor Zeugen über seine Krankheit berichten.

Prof.: „Weshalb sind Sie hier?" Pat.: „Durch die Schutzleute, die mich verfolgt haben, da bin ich im Kopf verletzt worden."

„Was heisst das?" „Durch die Maschinerie und das Telephon."

„Haben Sie das gespürt?" „Das spüre ich ja noch."

„Was denn?" „Furchtbare Hitze oben; durch die Glühgeschichte, die sie oben machen."

„Wer macht denn das?" „Die Schutzleute."

„Kennen Sie die?" „Nein, aber von den zweien weiss ich einen, der wohnt neben mir, der hat die Löcher in die Wand gemacht."

„Haben Sie das gesehen?" „Gesehen nicht, aber die haben sich ja selbst verraten."

„Woran haben Sie das gemerkt?" „Ich habe ja jede Stimme gehört in meiner Wohnung."

„Was sagten die Stimmen?" „Wenn ich der Frau das Geld gab, dann haben sie sofort gewusst wieviel; wann ich gegessen habe, was ich gegessen habe, und jede Bewegung in der Stube."

„Und Sie dachten, die hätten Löcher gebohrt?" Pat. entrüstet: „Nein, das ist in der That so!"

„Was waren das für Stimmen?" „Sprechstimmen."

„Was sagten die? Erzählen Sie uns." „Schimpfreden, und durch die Telephonschnur und die elektrische Maschine. . . . Elender Krüppel, wenn Du 'rauskommst, steche ich Dich mit dem Säbel tot. Eines Tages bin ich dann wegen der Elektrisiermaschine auf den Boden gegangen und bin oben geblieben; da hätten sie mich beinahe tot gemacht. Wie meine Frau nach Hause kam, hat sie Lärm gemacht,

da habe ich dann die Thür geöffnet und konnte kaum mehr sprechen wegen des elektrischen Stromes. Ich habe auch zu Bett liegen müssen und konnte nicht mehr heraus, so schwach war ich und schon sprachlos, durch die Elektrisirmaschine."

„Auch hier in die Irrenanstalt sind die Stimmen Ihnen gefolgt?" „Im Heizungskanal kriechen sie herum; da halten sie sich auf und da machen sie immer den Strom hinein in das Quartier."

„Auch die Schutzleute?" „Das weiss ich nicht, es hat ja viele Herren da oben im Rittersaal; und von da aus kriechen sie in der Heizung herum durch den unterirdischen Gang."

„Wer ist wohl an alledem schuld?" Schweigt.

„Sie sagten neulich der Oberpräsident?" „Ja, der Oberpräsident ist schuld daran, der hat das Oberkommando."

„Weshalb will man Ihnen denn an das Leben?" „Ich weiss nicht ob das wahr ist, aber es heisst immer wegen der Logengeschichte."

„Die Loge?" „Ja, weil die immer gefahren kommen mit dem Krankenwagen aus dem jüdischen Hospital."

„Wie kommen Sie auf die Loge?" „Die Schutzleute sprechen immer davon und die Herren auch, die sich da aufhalten."

Auf die Frage, wann er das letzte Mal Stimmen gehört habe, antwortete er: „Noch heute; sie glühen immerzu, bei Tag und Nacht; die Stimmen haben Glühkerzen und verschiedenes."

„Auch jetzt noch?" „Jetzt ist es ruhig."

„Passen Sie mal gut auf!" „Ja, vom Herrn Commissarius S., der ruft immerzu."

Als Richtung, aus der die Stimmen kommen, giebt er mit Bestimmtheit die Öffnung des Heizungskanales an; die Entfernung der Stimmen kann er nicht angeben.

Angst gehabt zu haben stellt er in Abrede.

Besprechung: Pat., potator strenuus, war schon im Dezember 1897 wegen Delirium tremens in Behandlung. Jetzige Erkrankung angeblich ganz akut. Aufnahme am 23. II. d. J. Pat. kam spontan, um Schutz vor Verfolgungen zu suchen, die angeblich vor 14 Tagen begonnen hätten. Hier sehr ängstlich, unruhig, aber immer orientiert. Erst in den letzten 8 Tagen Beruhigung und gutes Allgemeinbefinden, aber noch Fortdauer der Hallucinationen.

Diagnose: Akute Hallucinose, falls die Anamnese richtig ist, und zwar auf alkoholistischer Basis. Charakteristischer Inhalt der Hallucinationen; meist Stimmen, die autopsychischen und allopsychischen Angstvorstellungen entsprechen; ausserdem abnorme Sensationen, die als Elektrizität gedeutet werden. Ferner ein paranoisches Stadium mit Systembildung, zunächst dem physikalischen Verfolgungswahn entsprechend, dann aber auch auf bestimmte Personen gerichtet.

Prognose: Falls die Anamnese der akuten Entstehung sich bestätigt, günstig. Gegen die Richtigkeit der Anamnese spricht jedoch das Fortbestehen der Hallucinationen nach so langer Zeit.

---

4. Arthur P . . . , 22 Jahre.

Klinische Vorstellung am 3. V. 1899.

Der Kranke, ein über mittelgrosses, ziemlich schmächtiges Individuum von schlechtem Ernährungszustande, wird vom Wärter hereingeführt und nimmt auf Aufforderung, vorsichtig nach Art der Blinden tastend, auf dem für ihm bereit gestellten Stuhle Platz. Pat. ist seit dem 5. Jahre erblindet und besitzt nur einen Lichtschimmer auf dem linken Auge. Die Kopfform ist pathologisch: vom Augenhöhlenrand an flieht das Stirnprofil in nach vorn konkavem Bogen rückwärts und steigt dann geradlinig schräg nach hinten oben (Thurmschädel). Im übrigen ist der Schädel hoch und kurz. Die Augen des Kranken zeigen kontinuierlich horizontalen Nystagmus.

Der Gesichtsausdruck des Pat. ist etwas benommen und leer, wie abwesend, und diesem Ausdrucke entspricht sein ganzes Verhalten. Fast fortwährend sitzt er in schlaffer Haltung mit vornübergebeugtem Oberkörper da, die Arme hängen schlaff herab, die Hände zu losen Fäusten geballt oder auch geöffnet, werden zwischen den Oberschenkeln gehalten und wie in Verlegenheit gegeneinander gerieben. Auch andere Bewegungen, die der Kranke zuweilen macht, tragen das Gepräge der Verlegenheit. So, wenn er langsam die rechte Hand erhebt, sie an die Stirne legt oder Kratzbewegungen am Kopfe ausführt, oder wenn er mit beiden Händen unbeholfen auf dem Tische herumtastet. Auch die Beine hängen meist schlaff herab und geraten nur selten in pendelnde oder wippende Bewegung. Der Kopf wird häufig, wie suchend langsam hin und her gedreht.

Die Atmung, meist gleichmässig ruhig, etwas oberflächlich, wird zuweilen ganz unerwartet durch einen krampfhaften Expirationstoss oder eine Reihe aufeinanderfolgender solcher Stösse unterbrochen. Dann erhält das ganze Gebahren des Kranken ein ängstliches Gepräge: er steht auf, macht einen oder mehrere Schritte nach vorn und verlangt mit weinerlicher, von Schluchzen unterbrochener Stimme hinaus, nach Hause, oder zu seiner Mutter.

Im übrigen ist seine Stimme leise und monoton. Fragen beantwortet er meist erst nach mehrmaliger Aufforderung und dann häufig in einer Weise, die deutlich zeigt, dass er ihren Sinn nicht ganz gefasst hat.

Über seine Personalien giebt er gut Auskunft; örtlich ist er jetzt gut orientiert, zeitlich ungenau. Für die Situation fehlt ihm jedes Verständnis. Seine Merkfähigkeit ist schlecht (8716 nach 5' vergessen und nicht agnosciert).

Prof.: „Wo sind Sie hier?" „Ich glaube, das ist die Einbaumstrasse."

„Seit wann wissen Sie das?" „Weil ich früher hier war; ich weiss aber nicht, wann ich hergekommen bin."

„Waren Sie schon mehrere Male hier?" „Ich glaube, ich war schon einmal hier . . . früher."

„Wissen Sie, wie lange Sie jetzt hier sind?" „Ich weiss nicht."

„Nun ungefähr?" „Ich weiss nicht, wann ich hierher gekommen bin, an welchem Tage."

„Sind Sie schon ein Jahr hier?" „Nein, ein Jahr nicht . . . ein paar Tage."

„Haben Sie denn bald gewusst, wo Sie hier sind?" „Nun auf der Einbaumstrasse."

„Sie haben aber gesagt, Sie fahren auf einem Schiff?" „Ich dachte . . weil, wenn er mich schlägt . . . . es . . wenn er mich nicht schlägt, so spreche ich richtig . . habe ich gedacht."

„Hat Sie jemand geschlagen?" „Ja."

„Wer?" „Das weiss ich nicht, wer das ist . . . . es sagte . . ."

„Wie?" „Es sagte immer jemand . . . ich weiss nicht . ."

„Nun, was sagte er?" „Ich glaube, ich bin . . der König von Preussen, oder wie . . . ich glaube . . so sagte immer jemand . . . er fragte immer . . ."

„Aber Sie sprachen von Schlagen, wer schlägt Sie denn?" „Ich weiss nicht, wer das ist."

„Fürchten Sie sich?“ „Selbstverständlich, wenn man mich schlägt.“

„Droht man Ihnen, dass Sie geschlagen werden sollen? . . . . Hören Sie Drohungen? . .“ „Ich weiss nicht.“

„Ob Sie Drohungen hören?“ „Weiss ich gar nicht.“

„Haben Sie Angst?“ „Nun ja, wenn mich jemand schlägt.“

„Wo steckt die Angst?“ „Oder wenn mich jemand gefragt hat . . . bin ich hier immer . . . ich habe gesagt, ich bin ganz wo anders . . da hat mich jemand geschlagen.“

„Sie haben gesagt, Sie fahren auf einem Schiff?“ „Ja, das habe ich gesagt, das war aber falsch, . . ich habe immer gedacht, das was ich gefragt werde, das muss ich so sagen, wie er mich frägt, und das war falsch.“

„Nun waren Sie auf einem Schiffe?“ „Ich habe gedacht, . . weil er immer frägt . . . ich muss es sagen . . . Ich muss . . . gewiss immer das Gegenteil sagen.“

„Kennen Sie mich?“ „Nein.“

„Haben Sie schon einmal meine Stimme gehört?“ „Nein.“

„Habe ich niemals mit Ihnen gesprochen?“ „Ich weiss nicht.“

„War ich nicht gestern bei Ihnen?“ „Ich weiss nicht.“

„Kennen Sie den Herrn Oberarzt?“ „Nein.“

„Den Herrn Primärarzt?“ „Nein.“

„Haben Sie keine Vermutung, was ich von Ihnen will?“ „Nein.“

„Verstehen Sie denn aber, was ich zu Ihnen rede?“ „Nein.“

„Können Sie denn denken?“ „Ja.“

„Haben Sie ein gutes Gedächtnis?“ „Ich denke, ich bin auf der Einbaumstrasse, und wir wohnen auf der Münzstrasse 6a . . . und das weiss ich.“

Seine Schulkenntnisse sind verhältnismässig gut. Er kennt den regierenden Kaiser, dessen Vater und Grossvater mit Namen, weiss etwas vom Krieg 1870 und kennt das 1×1 sicher auswendig. Seine Aufmerksamkeit reicht hin, eine Prüfung der Berührungsempfindlichkeit mit Erfolg anzustellen.

Besprechung. Anamnestisch ist zu erwähnen, dass der Kranke nicht etwa schwachsinnig oder blödsinnig ist, sondern akut in den jetzigen Zustand gekommen ist. Er hat vorher die Blindenschule besucht, dort Korbflechten, Lesen und Schreiben gelernt.

Die jetzige Geisteskrankheit ist bei dem von Kindheit an epileptischen Patienten einige Tage nach gehäuften epileptischen Anfällen aufgetreten. Patient war örtlich vollständig unorientiert und behauptete auf einem Schiffe zu fahren, sein seit 11 Jahren verstorbener Vater lebe noch. Er wurde heftig und aggressiv gegen seine Mutter und wurde deshalb nach wenigen Tagen in die Klinik aufgenommen — am 25. IV. 1899 —.

Hier erkannte er zwar die Irrenanstalt wieder, behauptete aber zunächst, es werde ihm nur vorgemacht, dass er in Breslau und in der Irrenanstalt sei. Zeitweilig behauptete er wieder, es komme ihm so vor, als ob er zu Schiff fahre.

Der erste ängstlich erregte Zustand machte allmählich dem jetzigen Platz, vorher war Pat. noch benommener und schweigsamer, gab zum Teil gar keine Antwort, und lag teilnahmlos zu Bett. Vor seiner jetzigen Aufnahme war Pat. schon zweimal in der Klinik (15. IX. 1896 — 23. IX. 1896 und 18. II. 1899 — 27. II. 1899). Beide Male wurde er von postepileptischem Dämmerzustand geheilt entlassen.

Das auffallendste Symptom ist die Herabsetzung des Sensoriums, ein leicht benommener schlafsüchtiger Zustand, der sich in erschwerter Auffassung der Fragen, sichtlich erschwerter Aufmerksamkeit und Herabsetzung der Merkfähigkeit, sowie dem Mangel eigener Initiative äussert. Der Name Dämmerzustand ist für solche Fälle zutreffend.

Ausserdem zuerst allopsychische und noch jetzt autopsychische Desorientierung in entsprechende Phoneme gekleidet; der Inhalt derselben besteht demzufolge aus psychischen Angstvorstellungen und den noch jetzt vorhandenen Grössenideen. Eigentlich motorische Symptome fehlen gänzlich.

Diagnose: Postepileptischer Dämmerzustand.

Prognose: günstig: voraussichtlich vollständige Herstellung in wenigen Wochen. Recidive zu erwarten.

---

5. Adolf N . . . , Tischlermeister, 45 Jahre.

Klinische Vorstellung am 6. V. 1899.

Der Kranke ist über mittelgross von schlechtem Ernährungszustande. Seine Haltung ist etwas gebückt, sein Gang langsam, wie der eines müden Menschen. Der Gesichtsausdruck ist tief unglücklich.

Während der ganzen Vorstellung behält er fast unverändert eine deprimierte Haltung inne und sitzt mit auf die Oberschenkel gelegten Händen mit erschlafftem Oberkörper, die Augen nach vorn und etwas nach unten ins Leere gerichtet, da. Dabei spricht er viel mit leiser, aber gut verständlicher, monotoner Stimme, die nur selten einen leicht weinerlichen Ton annimmt, mehr für sich als für seine Umgebung vor sich hin, wie wenn jemand im Selbstgespräch seine Gedanken laut werden lässt. Der Inhalt bewegt sich fortwährend in Selbstbeschuldigungen und es ist manchmal nicht leicht ihn durch Fragen längere Zeit von diesen Gedankengängen abzubringen. Leicht vergisst er den Inhalt der Fragen, und fällt in den Bannkreis seiner Ideen zurück. Dabei wirkt ausser diesem Umstande beim Krankenexamen noch beeinträchtigend mit, dass wie Patient selbst fühlt und angiebt, ihm das Denken schwer wird und er den Sinn der Fragen häufig nicht scharf erfasst.

Prüfung der Merkfähigkeit: Anaxagoras nach 5' : Aganthasus 8716 nach 11' : 8740.

Örtlich ist er gut, zeitlich nur ungenau orientiert. Bevor er noch zum Sitzen gekommen beginnt er seine Rede:

„Ich habe ein Verbrechen begangen. Ich habe durch Trinken, durch vieles Trinken . . . habe ich so, wie soll ich sagen . . . seit Kaisers Geburtstag . . . bin ich hier in der Anstalt aufgenommen worden . . . bin dann hier . . . durch Fensterspiegelung . . . das Tageslicht . . . entzogen worden. Jetzt bin ich so der . . . wie soll ich sagen, des Verstandes beraubt worden. Meine Frau wurde von hier unterstützt . . . und muss ich ja der Wahrheit die Ehre geben . . . dass durch die Wärter, die das Geld abführten zur Unterstützung . . . meine Frau vergewaltigt worden ist . . . Also vollständig misraten . . . sie hat mich belogen, ich habe sie belogen, denn weder habe ich die Miete pünktlich zahlen können, und dann habe ich noch bei verschiedenen Holzhändlern Schulden gemacht. Und dann eine Vormundsache . . . eine Entmündigung . . . es befand sich im Nachlass ein Sparkassenbuch und ein Staatspapier . . .“

„Nun und?“ „Das ist gepfändet worden, jedenfalls.“

„Welches Verbrechen haben Sie begangen?“ „Indem ich Frau und Kinder vernachlässigt habe.“

„Was sonst?“ „Menschen gemordet habe ich nicht, nein gemordet

nicht . . . Ich bin ein Taugenichts und habe die Güte des Arztes gemissbraucht."

„Wie so?" „Indem ich mir zu essen und zu trinken habe geben lassen, mehr kann ich nicht sagen."

(Prof. W.: Sachen, die natürlich nur in seiner Phantasie existieren).

„Nein, Herr Dr., das muss wohl so sein, da das Wasser der Oder so weiter steigt, dass ganz Breslau ertrinkt."

„Daran sind Sie schuld?" „Ja. Gestern hatte ich die Wahnvorstellung, dass der Betrieb der Strassenbahn inhibiert worden ist; denn gehen thut sie doch nicht mehr. Von Rechts wegen gehörte ich nicht mehr auf diese Welt."

„Was verdienten Sie?" „Den Tod durch den Strang, Gift, oder so, das Hinrichten bin ich ja gar nicht mehr wert."

„Für wen halten Sie mich?" „Für einen Arzt."

„Was für Herren sind das?" „Doktoren."

„Warum spreche ich hier mit Ihnen?" „Nun, um die Schandthaten vollständig zu erfahren."

„Glauben Sie, dass das hier eine Gerichtsverhandlung ist?" „Nein, das kann es ja nicht sein, das ist ja hier, wie soll ich sagen, von Ärzten eine Vernehmung."

Auf die Frage ob er nie etwas von einer Klinik gehört habe, äussert er schliesslich, das sei ein Ort, wo man gesund gemacht wird; er könne nicht gesund werden, es bliebe nichts in seinem Körper.

„Was heisst das?" „Ich habe eine schlechte Krankheit gehabt."

Sein Verstand hat gelitten, sein Gedächtnis auch; das Denken, das Rechnen fällt ihm schwer.

„Haben sie Kinder?" „Meiner Auffassung nach 2."

„Wo ist Ihr Geschäft?" „Das befand sich Schulgasse 1."

„Jetzt nicht mehr?" „Nein, weil es alles gepfändet ist."

„Woher wissen Sie das?" „Ich bin ja nicht dabei gewesen; wie soll ich das sagen? es kann ja garnicht gehen . . . es ist eine künstlerische Arbeit, ich verdiente nichts daran."

„Haben Sie denn von jemandem gehört, dass Ihr Geschäft zu Grunde gegangen ist?" „Nein. Meine Frau hat gesagt, das Geschäft geht ruhig weiter, das ist aber nicht wahr."

„Haben Sie immer gewusst, wo Sie hier sind?" „Ja in der Irrenanstalt . . . es muss doch hier ein Fehler gemacht worden sein . . . bei der Aufnahme. Entweder ist das nicht gemeldet worden, oder

meine Frau . . . den Namen kann sie doch nicht verheimlicht haben . . . Da müsste der Dr. Ch. den Fehler begangen haben."

Dass er sich wirklich in einer Irrenanstalt befindet, schliesst er daraus, dass es hier Geisteskranke giebt, und führt einen Kranken an, der allerdings ein krasses Beispiel bildet.

Bei dieser Gelegenheit braucht er nochmals den Ausdruck Spiegelung, verbessert das aber selbst in Hin- und Herrede.

„Wie werden Sie hier behandelt?" „Eine Zeit lang durch Schläge, jetzt lässt man mich nicht aus dem Bett heraus."

„Werden Sie noch geschlagen?" „Wenn auch nicht geschlagen, aber beschimpft."

„Werden Sie auch bedroht?" „Lump, hinaus."

„Das ist doch keine Drohung!" „Ich habe mich selber als dreifachen Mörder ausgegeben."

„Sie haben einmal gesagt, dass Sie nackt aus der Anstalt hinausgejagt werden sollen?" „Ja, denn ich habe nichts anzuziehen."

„Haben Sie das gehört oder nur gedacht?" „Ja, da kann ich schwer antworten."

„Hören Sie von anderen Kranken öfter Drohungen?" „Gewogen ist mir keiner."

„Woran merken Sie das?" „Man speit vor mir aus."

„Hören Sie Stimmen?" „Ich höre alles was gesprochen wird."

„Sie sprachen von Spiegelungen, was hat das für eine Bedeutung?" „Herr Dr. ich bin so frech gewesen, ich habe im Generalanzeiger gelesen, da wurden wohl Andeutungen über meine Person gemacht. Ich weiss es existiert hier in Breslau ein Onkel von mir, der ist in den Ruhestand versetzt worden . . .

„Das bezog sich auf Sie?" „Jedenfalls versuchte man Gelder zu erheben."

„Wissen Sie, dass Sie krank sind?" „Ich könnte den ganzen Tag arbeiten und rumlaufen."

„Also sind Sie krank oder nicht?" „Geistig gestört muss ich sein, denn ich spüre doch an Gottes Natur, dass eine Umwälzung gewesen ist. Man sieht doch keine Sterne mehr, keinen Mond, nichts mehr. Ich kann mich noch erinnern, dass ich an der Regierung mit meiner Frau vorbeigegangen bin, da habe ich eine Mondfinsternis gesehen, hier sieht man keine Sterne, nichts."

„Woran merken Sie, dass Sie geistig gestört sind?“ „Weil ich mir nichts merken kann.“

„Sie sagten, Sie würden hier nicht mehr herauskommen, denn es geht alles durch?“ „Es wird mir schwer Stuhl zu haben.“

„Spüren Sie denn, dass sich Ihr Körper verändert hat?“ „Ich höre schwer, und dann, das Gedächtnis hat auch gelitten.“

„Ja, Sie sagten doch, es geht alles durch?“ „Es wird mir eben schwer Urin zu lassen.“

„Glauben Sie, dass das schlimm ist?“ „Es muss doch eben die Folge sein vom vielen Trinken, es muss wohl die grässlichste Krankheit sein, die man sich denken kann . . . . Säuferwahnsinn . . . schlechte Krankheit dazu . . .“

„Haben Sie Angst?“ „Nun ja, was aus der ganzen Geschichte werden soll.“

„Haben Sie ein Angstgefühl?“ „Heute als ich aufstand, da habe ich gebeten, dass man mir Gift geben möchte.“

„Thaten Sie das infolge eines Angstgefühls?“ „Nun ja, weil ich nicht auf die Welt gehöre.“

„Warum haben Sie eine Zeit lang gar nicht gegessen?“ „Weil ich immer von dem Standpunkte ausgehe, ich kann es nicht bezahlen.“

„War das nötig, dass Sie mit der Schlundsonde ernährt wurden?“ „Ja, das ist eben das Rätsel . . . war das reine Milch . . nun der Herr Dr. lebt noch . . da muss es doch wohl bloss Milch gewesen sein.“

„Nun, was soll es denn sonst gewesen sein als reine Milch?“ „Ja, das ist eben das Rätsel; das jagt sich durch den Leib durch; ich kann Wasser trinken . . Milch trinken . . wenn es zu viel wird, kommt es wieder heraus. . . Ich weiss, wenn ich mich richtig ausdrücken soll, nicht, wie ich von der Welt kommen soll.“

„Haben Sie schon einen Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen?“ „Nein, ich bin zu feige dazu.“

„Jetzt können Sie gehen!“ „Ja, was nun?“

„Jetzt können Sie gehen!“ „Wenn ich mich einmal bedanke, dadurch wird es nicht besser, nicht schlechter.“

„Sie sollen wieder auf die Abteilung gehen!“ „Was soll ich denn machen?“

„Sie sollen sich wieder ins Bett legen!“ „Nun, es wird doch nicht Tag . . . nicht Nacht. Wollen Sie mir, bitte, die Frage be-

antworten: Haben Sie einen Stern am Firmament gesehen, seit ich hier bin? (o ja.) Ich sehe bloss Wolken."

„Sie können gehen!" „Wohin?" „Auf die Abteilung. Nun gehen Sie doch!" „Ich lebe aber doch der Stadt zur Last."

Pat. geht langsam und unschlüssig nach der Thür; halbwegs bleibt er stehen: „Meine Herren, ich muss selbst erzählen, dass meine Schwester Gift genommen hat . . . aus unglücklicher Liebe . . das war im Jahre . . meine Mutter starb 1871 am Herzschlage, da ging ich in die Fremde, da war . . . da verwirren sich wieder die Gedanken . ."

Pat. lässt sich ohne Widerstand hinausführen.

Besprechung. Pat. ist angeblich erblich nicht belastet, Schwester starb durch Suicidium. Er hat nach Aussage der Angehörigen sich nie betrunken, jedoch täglich für 30 Pf. Korn verzehrt. Er selbst giebt vielleicht übertreibend aus Kleinheitswahn 40—50 Pf. an. Im Dezember 1898 Geschäftssorgen. Januar 1899 Erysipelas faciei. Am 2. Tage der Erkrankung steigende Ängstlichkeit, am 5. Tage fängt er an wirr zu sprechen und ist bald nicht mehr im Bett zu erhalten, sieht Einbrecher, Blitze, von oben wird Pfeffer heruntergestreut, klagt sich an, alle Menschen ermordet zu haben. Infolge dieses Zustandes wird er am 26. I. 1899 nach hiesiger Anstalt überführt.

Hierselbst ist er schon am 2. Tage fieberfrei, ohne dass eine Abnahme der psychotischen Symptome statt hat. Der Kranke ist zunächst sehr unruhig, verlässt das Bett, äussert lebhafte Angst und halluciniert viel. Gegen Essen und Medikamente ist er misstrauisch und muss sogar einmal mit der Schlundsonde gefüttert werden. Auf der Höhe der Angst verliert der Kranke bisweilen die in ruhigeren Zuständen stets vorhandene allopsychische Orientierung.

Zeiten von erregtem Verhalten wechseln mit solchen ruhigerer Zustände ab.

Gegen Mitte März nimmt die Erregung im allgemeinen ab; das Krankheitsbild bekommt ein depressives, überwiegend teilnahmloses Gepräge. Doch sind Halluzinationen und Angstvorstellungen noch immer vorhanden, wenn schon letztere sich mehr und mehr auf das autopsychische Gebiet beschränken.

Diagnose: Akute, zunächst agitierte, später depressive Angstpsychose. Das Krankheitsbild erinnert an das der affektiven Melancholie, unterscheidet sich hiervon aber durch das Fehlen der subjektiven Insuffizienz trotz nachweisbarer Herabsetzung der intrapsychischen Funktion und durch das Vorhandensein allopsychischer Angstvorstellungen.

Ätiologisch kommt wohl vor allem Alkoholmissbrauch in Betracht. Dem Erisipel würde dann die gleiche auslösende Rolle zufallen wie bei dem Delirium potatorum.

Prognose: günstig nach Analogie der häufigen alkoholischen Angstpsychosen.

---

6. Frau Elise N . . . , Eisenbahn-Sekretärsfrau, 28 Jahre.

Klinische Vorstellung am 6. V. 1899.

Patientin wird monoton singend und halb widerstrebend von 2 Wärterinnen hereingeführt und auf einen Stuhl niedergesetzt. Sie legt ihre Hände über der Brust zusammen und beugt ihren Oberkörper tief herab, springt dann plötzlich auf. Während der ganzen Zeit der Vorstellung ist sie in andauernder langsamer Bewegung; sie schiebt sich an der Wand entlang, macht grosse ausfahrende Bewegungen mit den Armen über die Wandtafel, nimmt graziöse Attituden ein, beugt den Kopf rückwärts gegen die Wand und bewegt den Leib wiegend hin und her, stellt das linke Bein nach hinten auf die Zehen, flektiert alsdann dieselben plantarwärts und lässt den Fuss eine Zeit lang auf der Doralfläche der Zehen ruhen; dann geht sie einige Schritte in langsam abgemessenem, verschnörkelten Gange, wiegt und dreht ihren Oberkörper nach allen Seiten, bewegt dabei eine Hand über das Gesicht oder fährt mit ihr in den Mund, reibt auch den Leib und greift immer wieder mit beiden Händen in den Halsausschnitt ihrer Jacke. Dazwischen kommen plötzliche, oft heftige, ruckweise Bewegungen vor, Pat. springt vom Stuhle auf, schlägt mehrmals hintereinander auf den Tisch oder klopft die Wärterinnen auf die Hand.

Ein anderer grosser Teil ihrer Bewegungen ist bedingt durch Hypermetamorphose, so wenn Pat. so oft sie an der Wandtafel vorbeikommt, in den Kreidekasten greift und über die Tafel fährt, wenn sie auf die Wasserleitung zueilt, sie aufdreht, sich zu waschen beginnt u. a. m.

Die Äusserungen der Pat. sind im Vergleich zu ihren Bewegungen sehr spärlich; sie geschehen meist halb sprechend, halb singend, häufig

in der Weise eines Pfarrers. Der Inhalt ihrer Äusserungen beschränkt sich auf eine geringe Zahl von Worten und Bruchstücken von Sätzen, meist in verbigerierender Form: Herr Doktor, Herr Direktor, Gott ist gerecht, ach Otto, Elsa, immer wiederholtes Zählen von 1 bis 7. Bisweilen spricht sie eine Reihe zusammenhangloser Worte hackend, scharf skandierend: „Ách — mein — Ánn — chen — íst — acht — Tánt — chen — lala — lá — ach — Ót — to.“ Gewöhnlich spricht sie zunächst einige Silben und geht dann bei den letzten in ihr monotones Singen über; nur einmal lässt sich eine bekannte Melodie erkennen. Gelegentlich unterbricht sie sich durch Stöhnen oder einen Seufzer, schreit, scheinbar unmotiviert, laut auf.

Durch Anreden und Aufforderungen wird sie im allgemeinen nicht beeinflusst, jedoch folgt sie einigen Aufforderungen.

Besprechung: Patientin war vor ihrer Verheiratung Lehrerin, galt stets als nervös, besonders immer nach der Periode. Vater, Mutter und eine Schwester sind nervös. Im Jahre 1891 hat sie eine nur wenige Wochen dauernde Melancholie mit hypochondrischen Beimischungen durchgemacht. Im übrigen war Pat. bis zu ihrer jetzigen Erkrankung, 2 Tage nach Cessieren der letzten Menstruation, gesund. Aufnahme am 27. IV. 1899.

Von vorn herein das gleiche Krankheitsbild wie jetzt, nur in der ersten Zeit auch Rededrang mit Ideenflucht, oft anknüpfend an ihre Bewegungen oder äussere Eindrücke, Grimassieren, Verbigerieren. Dabei ungeniertes Benehmen, vorübergehend auch ängstlich und Krankheitsgefühl. Örtlich und zeitlich orientiert. In der letzten Zeit ist der Rededrang ganz zurückgetreten, keine genauere Auskunft mehr zu erhalten, Nahrungsverweigerung, sodass Schlundsondenfütterung nötig wurde.

Diagnose: Typisches Bild einer hyperkinetischen Motilitätspsychose; von der Manie unterschieden durch die Art der Bewegungen das Fehlen des Rededranges, die vorhandene Hypermetamorphose.

Ätiologisch ist die Krankheit höchstwahrscheinlich als Menstrualpsychose aufzufassen.

Prognose: Günstig, jedoch Recidive von periodischem, monatlichem Auftreten sehr drohend. Gewöhnlich auch dann nach mehrmaliger Wiederholung vollständige Restitution.

7. Katharina J . . . ., Köchin, 40 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. V. 1899.

Patientin muss hereingeführt werden, ihr Gang ist unsicher, etwas taumelnd; sie hält sich, solange sie steht, am Tischrande fest, und lässt sich dann schwer in den Stuhl sinken. Ihre Merkfähigkeit ist gut; sie reproduziert nach 5 Minuten die Zahl 8716 richtig. Das Benehmen der Pat. ist ruhig und geordnet, ihr Gesichtsausdruck etwas ängstlich. Auffallend ist ihre Sprache; dieselbe ist ein halbes Stottern, es werden die ersten Silben öfters wiederholt, mehrfache Ansätze gemacht; gelegentlich gelingt es überhaupt nicht, das gewünschte Wort auszusprechen; Pat. sagt dann weinerlich: ich bringe es nicht heraus. Andererseits erinnert ihre Sprachstörung an das Silbenstolpern der Paralytiker. Statt Hospital sagt Pat.: Hospitittitittital; statt Reorganisation: Reorjazjazjazjon; statt Civilisation: Civilijazjazjazjaz — ich bringe es nicht heraus. Parese im Mundgebiet des rechten Facialis. Die Zunge weicht beim Herausstrecken etwas nach rechts ab und zeigt an der Spitze eine kleine Erosion, am rechten Rande eine ziemlich tiefe, noch frischere Bisswunde.

Pat. macht ziemlich prompt anscheinend sichere Angaben über ihre Personalien, die aber nach Ausweis der Krankengeschichte z. T. falsch sind.

„Sie sind die Frau J. . . .?“ „Nein, ich bin keine Frau, ein Mem—mem—mädel, Katharina J.“ Sie fügt dann selber hinzu: „Ich kann schle—schle—schlecht spre—sprech—sprechen.“

„Seit wann?“ „Seit einigen Ta—ta—ta—tagen.“

„Wie kam das?“ „In der Zunge liegt es und im Halse.“

„Wie alt sind Sie?“ „Dreiun—dreiun—dreiun—d—d—dreissig“ [thatsächlich 40 Jahre].

„Was sind Sie?“ „Dienstmädchen bei Willmann“ [sie ist es nicht mehr].

„Wer ist das?“ „Der Lehrer.“

„Wo?“ „Na hier in Mogwitz.“

„Wo liegt das?“ „Hier.“ (Pat. zeigt über die Schulter.)

„In welchem Kreise?“ „Im Kreise Krott—Krott—Krott—Krott—ich bringe es nicht heraus.“

„Wie lange sind Sie bei Willmann?“ „Das sechste Jahr.“

„Lebt Ihr Vater noch?“ „Ja.“

„Was ist er?“ „Gärtner.“

„Sie haben Geschwister, wie heissen die?“ „Anna, Ottilie, Marie, Christoph und dann der jüngste.“

„Wie alt ist der?“ „Das weiss ich nicht.“

„Ungefähr?“ „Noch nicht ein Jahr.“

„Wie heisst er?“ „Das weiss ich nicht einmal.“

„Ist Ihr Gedächtnis schlecht?“ „Ja schon den ganzen Winter.“

„Wie alt ist denn Ihre Mutter?“ „Das weiss ich nicht.“

„Und sie hat noch vor einem Jahr ein Kind bekommen?“ „Ja.“ (Thatsächlich hat Pat. nur 4 Geschwister, nicht 5, ihre Mutter ist tot, 1898 im Alter von 65 Jahren gestorben.)

Allopsychisch ist Pat. ganz unorientiert; sie glaubt in Mogwitz zu sein, bei dem Lehrer W., doch widerspricht sie sich in diesem Punkte häufig und nennt auch andere Namen. Die Wärterin verkennt sie als eine Köchin bei T. in Mogwitz; Professor W. und den grössten Teil der anwesenden Studierenden will sie ebenfalls schon in M. gesehen haben. Auf die Frage, was das für Herren seien, antwortet sie: „Alles Doktoren.“

Pat. klagt über Schmerzen in der Zunge und fängt dabei plötzlich an zu weinen.

„Warum weinen Sie?“ „Dass mir die Leute so etwas haben nachgeredet.“

„Was denn?“ „Ich se—se—se—soll ein Kind bekommen.“

„Wer hat denn das gesagt?“ „Meine Mutter.“

„Haben Sie Stimmen gehört?“ „Nein, ich habe von niemandem etwas gehört.“

„Hat man Sie noch sonst beschimpft?“ „Die Willmann hat mich niemals beschimpft.“

„Aber andere Leute?“ „Aber ins Wirtshaus bin ich doch den ganzen Winter nicht gegangen.“

„Wer spricht denn davon?“ „Meine Mutter; aber ich bin den ganzen Winter nicht gegangen.“

„Haben Sie manchmal Angst?“ „Ich habe den ganzen Winter Angst gehabt.“

„Wo steckt die Angst?“ „Im Kopfe.“

„Und wie geht es mit dem Denken?“ „Ach es geht schon.“

„Haben Sie Kopfschmerzen?“ „Ja, überhaupt den ganzen Winter.“ (Fängt wieder an zu weinen.)

Besprechung: Pat. ist heut schon etwas besser; gestern machte sie ganz den Eindruck einer am Delirium potatorum leidenden Kranken, indem sie ausser den heute beobachteten Symptomen noch ausgesprochenen Tremor, Beschäftigungsdelirium und grosse Unruhe, besonders aber, wenn sie sich selbst überlassen war, auch eine gewisse Benommenheit zeigte. Pat. hat aber nachweislich nicht getrunken; dagegen hat sie am Tage vor ihrer Aufnahme, die am 6. V. d. J. erfolgte, einen epileptischen Anfall gehabt. Der Zungenbiss ist darauf zurückzuführen.

Diagnose: Akute, postepileptische Allopsychose, dem Delirium tremens sehr ähnlich, jedoch dadurch unterschieden, dass auch eine retroactive Amnesie für einen grösseren Zeitraum vorhanden ist. Wie es scheint, beziehen sich die falschen Angaben hauptsächlich auf die letzten Jahre.

Die Sprachstörung, auch die Angabe der Pat., wonach sie schon längere Zeit an Kopfschmerzen gelitten hat, die Facialisparese und die Zungenabweichung erwecken den Verdacht einer symptomatischen Epilepsie durch Herderkrankung in der Gegend der Broca'schen Windung; weitere Untersuchungen vorbehalten.

Prognose der akuten Psychose ist günstig. Im übrigen ist sie von der Natur der zu Grunde liegenden Herderkrankung abhängig.

2. klinische Vorstellung am 17. Mai 1899.

Die Kranke kommt sicheren Ganges herein, ihr Gesichtsausdruck ist belebter als bei der ersten Vorstellung. Die Sprachstörung ist bei weitem nicht mehr so hochgradig, nur besteht bei schwierigen Wörtern noch deutliches Silbenstolpern.

„Wissen Sie, dass ich Sie schon einmal vorgestellt habe?" „Ja, hier vor diesen Bänken."

„Wie lange ist das her?" „Heute haben wir den 17., also 11 Tage bin ich hier."

„Ja, und wann habe ich Sie vorgestellt?" „Am Sonnabend."

„Seit wann können Sie sich wieder erinnern?" „Seit Sonnabend."

Die Angaben über ihre Personalien macht sie jetzt richtig, allopsychisch ist sie ebenfalls völlig orientiert.

„Wie alt?" „40 Jahre, am 19. Februar geboren."

„Wo sind Sie hier?" „In Breslau in der Irrenanstalt."

„Wie sind Sie hier gekommen?“ „Die Herrschaft muss mich doch hergebracht haben.“

„Sie dienen hier?“ „Ja, hier in Breslau, in der Vorwerkstrasse.“

„Sie wissen, wer ich bin?“ „Der Herr Professor.“

„Und die Herren hier?“ „Werden wohl alles Doktoren sein.“

„Wann war ich das letztemal bei Ihnen?“ „Gestern.“

„Wieviel Geschwister haben Sie?“ „4, 2 Brüder und 2 Schwestern.“

„Sie sagten neulich, Sie hätten einen Bruder, der erst ein Jahr alt sei?“ „Das ist mir bloss in Gedanken gekommen, das ist Unsinn, mein ältester Bruder hat Kinder.“

„Und Ihre Mutter lebt noch, sagten Sie?“ „Nein, nein, das ist alles Blödsinn gewesen.“ (lacht.)

„Sie sagten, Sie wären in Mogwitz?“ „Das hatten sie mir vorgeredet.“

„Seit wann sind Sie nicht mehr in M.?“ „Wohl über 15 Jahr.“

„Wo waren Sie denn in M. in Stellung?“ „Bei dem Lehrer W.“

„Und wo jetzt in Breslau?“ „Bei K.“

„Wie lange?“ „Voriges Jahr habe ich die Prämie bekommen, weil ich 15 Jahre bei derselben Herrschaft war.“

Besprechung: Die körperliche Untersuchung ergiebt noch Spuren einer Facialisparese; die Zunge weicht nicht mehr ab. Die Augenspiegeluntersuchung hat keine Stauungspupille ergeben; jetzt keine Kopfschmerzen mehr. Trotzdem muss der Verdacht auf die symptomatische Natur des epileptischen Anfalles, Herderkrankung in der Nähe der Broca'schen Windung, aufrecht erhalten werden.

Es hat sich somit bestätigt, dass neben der Allopsychose ein autopsychischer Defekt bestanden hat, der mindestens die letzten 16 Jahre umfasst. Der ganze Symptomenkomplex wird dadurch sehr ähnlich dem der polyneuritischen Psychose, bleibt aber von ihr unterschieden durch die nachgewiesene gute Merkfähigkeit.

---

9. Emil B . . . , Schneidermeister, 55 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. V. 1899.

Der Kranke ist ein grosser, hagerer Mann mit ergrautem Bart und Kopfhaar. Seine Haltung ist völlig ungezwungen, sein Gesichtsausdruck vergnügt, seine Stimmung unverwüstlich heiter. Er redet

ununterbrochen und gestikuliert dabei lebhaft mit den Händen, unterbricht sich oft durch ein kräftiges Gelächter, klatscht in die Hände, schlägt mit der flachen Hand oder Faust auf den Tisch, oder hebt wie im Scherz drohend die rechte Hand mit ausgestrecktem Zeigefinger, alles Bewegungen, die durch den Inhalt seiner Reden keineswegs motiviert sind und sich überdies auffällig häufig wiederholen. Bisweilen erhebt er sich auch, um einen Vorgang näher zu betrachten, der seine Aufmerksamkeit erregt hat.

Seinem ununterbrochenen Redefluss ist es nicht leicht zu folgen; einmal, weil die Stimme etwas heiser und überschrieen ist, wozu sich noch ein ausgesprochenes Silbenstolpern gesellt, zweitens, weil die begonnenen Sätze meist inhaltlich und grammatisch Bruchstücke bleiben, und drittens, weil der Kranke immer neue Anknüpfungspunkte findet, die sich häufig nicht entdecken lassen.

Als solche Anknüpfungspunkte kann man sicher feststellen: 1. Vorgänge in seiner Umgebung. 2. Auftauchende Erinnerungen an Erlebnisse mit seinen Freunden (Kartenspiel, Lotterie). 3. Zeitungslektüre. 4. Gehörshallucinationen. Dazwischen kommen häufig die abenteuerlichsten Grössenideen vor.

Trotzdem giebt er auf Fragen ganz prompte Antworten, wennschon meist nur so obenhin und gleichsam als nebensächliche Einschiebungen in seine spontanen Äusserungen. Auf Wunsch schweigt er sogar einmal einige Minuten lang; ist leicht zum Nachsprechen von Probeworten zu veranlassen und kommt Aufforderungen im allgemeinen willig nach.

„Alles, meine Herrn, soll ich sein, begrüsse Sie mit einem guten Morgen. (Zu Prof. W.) Ach mein liebster Freund bist Du doch, ja wohl. Wer soll der erste sein; ich glaube, es ist ein Kranker drin, Sie haben ihm nicht helfen können."

„Sie sind Herr B.?" „Ja wohl, Sie sollen mal sehen, wie ich heute Abend im Residenzschlosse . ."

„Wie lange sind Sie schon hier?" „Wir haben jetzt 94 oder 95, oder ist es gar schon 104 . . März, gieb mir Auskunft, wie viel schreiben wir?"

„Zu wem sprechen Sie?" „Schäfer, Schäfer und gleichzeitig Schuster, die heute hier sind (lacht), alles kommt hier doppelt und die höchste Rate. Ich habe sie hier gerade auf 0 gestellt, will mal sehn,

ob 0 gewinnt“ (hierbei hebt Pat. die Stimme und schlägt mehrmals auf den Tisch).

„Was regt Sie so auf?“ „Ich bin nicht aufgeregt. Heute bin ich nicht heiser.“

„Wie lange sind Sie also hier?“ „Also wir schreiben 104, 63 ab, also 47. Ich kann's nicht fertig kriegen die Geschichte. (lacht.) . Warum, wer fragt da.“ (horcht.)

„Haben Sie jemanden gehört?“ „Ja wohl, ich bin hier angerufen worden. Brief — Schluss; ich habe zuerst . . . . hiess ein Kerl . . . Ballon, kann keinen Wagen bekommen; deswegen ist das Feuster schon aufgemacht worden . . Lindewiese, jetzt heisst es Litika . . . Wilhelm II., er will Geld haben zur Nordfahrt; er hat doch immer kein Geld. Habe Bülow getauft in Göttingen, hatte bloss einen Talar an . . alle 3 Tage geschlafen.“

„Ich verstehe nicht.“ „Ist egal, ich werde Ihnen ein bissel deutlicher schreiben.“ (lacht kräftig.)

„Sie sind sehr gut gelaunt.“ „Na und ob. Mein zweiter Bruder, der gestern geboren wurde von meinem zweiten Weibe . . Vater wird 3 Mal klatschen (klatscht) komm Heinrich, wichse meinen Hintern . . . 500 000 Trillionen (schlägt mit der Faust auf den Tisch) Donnerwetter, so viel Geld habe ich noch nicht gehabt.“

„Haben Sie so viel Geld?“ „Ja wohl, Sie kriegen eine neue Trauung wieder. Arbeiten Sie gut, dass Sie die meisten Kinder kriegen. (ruft nach der Thür) März, es ist gut, es kann noch ein Garde kommen . . Herr Esmarch sagte, ich wollte sie alle anscheissen.“ (Worte ersticken im Lachen.)

„Sie sprechen so undeutlich!“ „Ach kann ich doch gar nicht. Wer hat mich nicht verstehen können. . . . Kaiser gieb mir vor, Büsch geht drauf . . . . (sieht schreiben) . . . Schreiben . . . (steht auf, um besser zu sehen, und tritt auf den stenographierenden Assistenten zu) Stenografie, Fotografie . . . Schwarzer Bär, soll es immer sein, Geschäfte machen, Brauerei.“

„Was sind Sie?“ „Schneider . . überhaupt hier . . weil die ganze Welt mir übergeben ist, kein Stein, kein Stern, nichts ist übrig, einen Muselmann taufe ich, muss mir zu Füssen fallen.“

„Von wem ist Ihnen die Welt übergeben?“ „Von Gott selbst. Hier steht ein Mann; ich will ihn bloss einmal hervorzaubern, hier los. (schlägt auf den Tisch.) Sitzt mal alle im Garten hier.“

„Würden Sie mal einen Augenblick ruhig sein?“ „Ja das kann ich.“ Ein paar Augenblicke später: „Lachen darf ich auch nicht?“

Während Prof. W. spricht, erhebt sich Pat. leise, geht schlau lächelnd auf den Zehen gegen die Thür, kehrt aber gerufen fröhlich lachend zu seinem Sitz zurück.

„Was sind das für Herren?“ „Meist Doktoren, das heisst Schneidergesellen, Schneider, zu Schneidern habe ich sie gemacht.“

„Wozu sitzen die Herren da?“ „Zum notieren. Ich habe sie alle herbeigerufen.“

„Kennen Sie mich?“ „Ach fragen Sie mich. Ich habe Dich ja zuerst begrüsst als den grössten . . . Heute fahre ich weg . . . da will ich Ihnen die Kaiserwürde übergeben . . 75 000 Zentner habe ich zugenommen an Gewicht . .“

„Sie sprachen von einem Ballon?“ „Ja wohl, steht vor der Thür.“

„Sprechen Sie mir einmal das Wort »Zivilisation« nach!“ „Zivisiasoasion . . . brauchen mich nicht zu fragen, ich kann die ganzen Sprachen . . Ich will mein Geld los sein . . . (im Tone Ausrufers) Gulden No. 6 . . . Sie sollen mal sehen . . . gewonnen hast Du. Wobei? An die Reckstange . . . verrückt sind die Kerle, wenn sie sich dranhängen . . . drüberspringen will ich . . mit 75 000 Deckungen . . . Wenn meine Frau drinnen ist, die schmeiss ich auch runter . . . Dr. K. . vielleicht ist er da . . ja, da sitzt er ja . . . geht lange nicht mehr so krumm wie früher.“

Besprechung: Pat. hat nach Angabe der Frau früher nur an Rheumatismus und Magenbeschwerden gelitten. Erst Mitte Dezember 1898 fielen der Frau Veränderungen an ihrem Manne auf; er wurde schläfrig, vernachlässigte das Geschäft, bekam einen schweren, schleppenden Gang, wurde reizbar und vergesslich, während er zugleich versicherte, sich nie wohler befunden zu haben. Zugleich Auftreten blödsinniger Grössenideen. Aufn. am 31. I. 1899.

Stat. am 31. III. 1899. Rechte Pupille grösser als die linke. Linksseitige Facialisparese. Tremor der Zunge, Steigerung der Sehnenreflexe an den Beinen bei erhöhter passiver Beweglichkeit. Allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, Silbenstolpern.

Diagnose: Paralytische Manie, bis zur Verwirrtheit gesteigert. Charakteristisch ist der überwiegende Rededrang und die phantastischen Grössenideen. Die Beimischung von pseudospontanen Bewegungen,

Hypermetamorphose und häufigen Gehörshallucinationen bedingt die Steigerung zu Verwirrtheit.

Prognose: Trotz unzweifelhafter Paralyse nicht absolut ungünstig, da nach paralytischer Manie gute Remissionen vorkommen.

2. klinische Vorstellung am 7. VI. 1899.

Der Kranke spricht fast gar nichts, ist meist völlig stumm, lacht bisweilen sehr laut, murmelt in unverständlicher Weise, oder heult und brüllt wie ein Tier. Ganz ausnahmsweise nur (2 Mal während der Vorstellung) kommt es bei ihm zu wohlartikulierten, verständlichen Sprachäusserungen. Auf Fragen und Aufforderungen reagiert er gar nicht.

Dabei ist sein ganzes Muskelsystem in fortwährender Bewegung. Diese Bewegungen geschehen häufig mit einem gewissen Überschuss an Kraft, sind im einzelnen gut abgemessen, sogar graziös, aber völlig zwecklos und psychisch offenbar nicht motiviert, und wiederholen sich mit gewisser Eintönigkeit, nicht selten in rhythmischer Weise.

Zum Sitzen veranlasst, lehnt er, ohne die Beine zu beugen, steif wie ein Stück Holz auf dem Stuhle, bis er, da der an der Wand stehende Stuhl nicht hintenüberkippen kann, nach vorne herunterrutscht.

Wieder auf den Stuhl gesetzt, bewegt er nunmehr in schnellem Rhythmus die Beine, den Boden bald mit den Sohlen, bald mit den Hacken stampfend. Diese Bewegung erinnert an den Schuhplattlertanz. Später führt er, im Bette liegend, denselben Tanz mit den Füssen auf der Matratze nochmals aus.

Die Hände bewegt er, bald taktierend wie ein Kapellmeister, bald wie ein Prediger oder Schauspieler. Öfter macht er auch mit den Fingern Telegraphierbewegungen auf seiner Brust, oder schlägt mit der flachen Hand oder geballten Faust in rascher Folge auf seinen Leib oder seine Oberschenkel.

All seine Bewegungen begleitet er mit lebhaftem Mienenspiel, das mitunter zum Grimmassieren ausartet. Bald hat sein Gesicht einen lachenden, bald einen drohenden, bald einen flehenden Ausdruck. Sehr häufig ist ein übertriebenes Hochziehen der Brauen und Runzeln der Stirn zu beobachten.

Ins Bett gebracht, wechselt er häufig seine Lage, indem er sich je nach dem Hindernis, das die eine Seitenwand des Bettes darbietet, herumdreht, so dass sein Kopf abwechselnd an das Fuss- und Kopf-

ende des Bettes zu liegen kommt. Auch schiebt er sich in Rückenlage mit Hilfe der Beine und Arme durch ruckartige Bewegungen auf der Matratze in der Richtung auf seine Füsse zu vorwärts, oder rutscht, nach Orientalenart hockend, mit Unterstützung der Arme im Bette umher.

Die wenigen verständlichen Sprachäusserungen beziehen sich auf seine Bewegungen. So sagt er, als er auf dem Stuhle sitzend seine Beine auf den vor ihm stehenden Tisch legt: „So sitzt ein Engländer", und äussert, nachdem er seinen Fusstanz ausgeführt hat: „Ich muss jetzt immer vortanzen."

Besprechung: Der Kranke wurde am 10. V. 1899 zum ersten Male als Beispiel einer paralytischen Manie mit vorwiegendem Rededrange vorgestellt. Motorische Symptome waren damals nur mässig entwickelt.

Sein Zustand hat sich bald darauf geändert und ist seit Wochen stabil geblieben.

Pat. befindet sich jetzt in einem reinen hyperkinetischen Stadium, während vorher nur hin und wieder hyperkinetische Symptome dem Bilde der Manie beigemengt waren. Er ist jetzt ein Beispiel von paralytischer, hyperkinetischer Motilitätspsychose.

Der Schlaf ist nur durch Hyoscin auf kurze Zeit zu erzielen, die Nahrungsaufnahme ist durch die Bewegungsunruhe sehr erschwert; die Kräftevergeudung kann zu raschem Verfall führen. Ausserdem besteht noch die Gefahr der Wundinfektion, falls sich der Kranke durch seine gewaltsamen Bewegungen Verletzungen der äussern Haut zuzieht.

Pat. ist mit zahlreichen blauen Flecken bedeckt, abgemagert, sieht verfallen aus. Durch den Kräfteverfall ist das Leben bedroht.

---

10. Eduard K . . . ., Handelsmann, 45 Jahre.

Klinische Vorstellung am 13. V. 1899.

Der Kranke wird auf einer Tragbahre hereingebracht und auf einen Stuhl gesetzt, er hält sich dabei ängstlich an den ihn tragenden Wärtern fest, nimmt dann beim Sitzen eine stark gestreckte Stellung ein. Im Gegensatz zu der Hinfälligkeit steht seine euphorische Stimmung und die Promptheit und Sicherheit, mit der er seine z. T. unrichtigen

Antworten giebt. Fragen fasst er durchgehends richtig auf. Die Merkfähigkeit ist sehr schlecht: Die Zahl 8716 hat er nach 6 Minuten vergessen, kann sich auch nicht mehr erinnern, dass ihm eine Zahl zum Merken aufgegeben ist. Ein Augenspiegel wird ihm gezeigt und ihm die Bedeutung des Instrumentes erklärt. Nach ca. 10 Minuten ist er ihm wieder unbekannt und er weiss auch von der Bedeutung nichts; er erinnert sich erst auf eindringliches Fragen, so etwas schon einmal gesehen zu haben. Seine Sprache ist leicht verwaschen und stolpernd; kein Tremor der Lippen. Auffallend ist die Kurzatmigkeit des Pat. Körperlich findet sich ausserdem geringer Tremor der Hände, leichte Parese im Gebiet des unteren Facialisastes, beiderseits Neuritis optica mit zahlreichen fleckigen Veränderungen der Umgebung sowie Eiweiss und Cylinder im Harn. Keinerlei Lähmung der Extremitäten, keine Schmerzhaftigkeit auf Druck, normale Reflexe. Zunge zeigt grobschlägigen Tremor, ist stark belegt. Pat. ist nicht imstande, allein zu stehen und gehen. Wird er auf die Beine gestellt und von beiden Seiten gestützt, so kann er gehen, aber breitbeinig und mit ganz zurückgelehntem Rumpf; dabei kein Schwindel. (Dieselbe Gangstörung wie beim senilen Hydrocephalus internus). Gegen Ende der Vorstellung hüstelt Pat. mehrmals und expectorirt ein pneumonisches Sputum; Puls 156 (beginnende Pneumonie).

„Sie sind der Kramer?“ „Ja.“

„Mit Vornamen?“ „Eduard.“

„Wie alt?“ „20 Jahr.“

„20 Jahr?“ „Nun ja, Herr Doktor!“

„Was sind Sie?“ „Handelsmann.“

„Womit handeln Sie?“ „Mit Seife, sonst nichts.“

Er kennt genau die Firma und Adresse der Fabrik, aus der er seine Seife bezieht.

„Sind Sie verheiratet?“ „Ja.“

„Wie heisst Ihre Frau?“ „Karoline.“

„Wie lange verheiratet?“ „21 Jahr.“

„Schon 21 Jahr verheiratet?“ „Nein, nicht verheiratet, nein, ja, im ganzen, ich bin also jetzt 40 Jahr alt.“

„Vorhin sagten Sie, Sie wären 20 Jahr?“ „Ja, das habe ich versehen.“

„Wie kommt das?“ „Das kommt manchmal, ich habe manchmal nicht gewusst, was es ist, wo ich bin.“

„Wie erklären Sie sich das?“ „Das weiss ich auch nicht; wenn ich halt wohin kam, und der Doktor kam und fragte, wissen Sie von gestern was, ich wusste es nicht.“

„Sind Sie etwa nicht bei Verstande?“ „Ja, bei vollem, richtigen Verstande.“

„Oder sind Sie krank?“ „Ja, eine Krankheit ist das.“

„Wie alt ist denn Ihre Frau?“ „48 Jahr.“

„Also älter als Sie?“ „Nein — 48 im ganzen.“

„Wie alt sind Sie denn?“ „40.“

„Und Ihre Frau?“ „38.“

„Sie haben sich also wohl vorhin versprochen?“ „Ja, ich meinte das so.“

„Ist Ihr Gedächtnis vielleicht schlecht?“ „Ih wo!“

Das 1×1 weiss er sicher, aber alle Subtraktionen selbst mit einstelligen Zahlen führt er falsch aus, giebt aber jedesmal ohne zu zögern eine Antwort.

Er weiss, dass er in Freiburg beim 10. Regiment gedient hat, kennt den Namen seines Hauptmanns, des Feldwebels und einer Reihe Unterofficiere.

Prof. W. behauptet er, schon lange als Doktor in Saarau zu kennen und ihn noch vor 3 Tagen in einer Kneipe daselbst gesehen zu haben. Die anwesenden Studierenden bezeichnet er ebenfalls als Doktoren in Saarau, den Wärter als einen Kutscher aus K.

„Was ist das hier für ein Haus?“ „Ein Doktorhaus.“

„Ist das meine Wohnung?“ „Nein.“

„Also ein Krankenhaus?“ „Ein Krankenhaus wird es wohl nicht sein.“

„Wo waren Sie denn, bevor Sie hier in das Zimmer kamen?“ „Jetzt waren wir hier drum, bei — — na, wir sind ja direkt hierher gekommen, — bei Sch. im Hause.“

„Wo liegt das?“ „Bereits in der Mitte des Dorfes.“

„Welches Dorfes?“ „S.“

„Sind wir in S.?“ „Ja, wir sind in S.“

„Was haben Sie gestern gemacht?“ „Da war ich auch in Saarau; ich bin rüber gefahren, ich hatte da was zu thun.“

„Was denn?“ „Na, bei dem Gastwirt.“

„Wieviel setzen Sie denn um im Jahr?“ „500 Centner.“

„Was verdienen Sie denn da?“ „Am Centner bleibt höchstens 50, ich will mal sagen 60 Mark.“

„60 Mark?“ „Oh nein, zum wenigsten 20 Mark.“

„Wieviel also im ganzen Jahr?“ „Man kann sagen 500 Mark.“ (Wahrscheinlich die einzig richtige Antwort.)

Besprechung: Pat., potator strenuus, ist seit Weihnachten vorigen Jahres krank; vergesslich, rechnete schlecht, konnte nicht mehr lesen. Seit Mitte Februar schlechter Schlaf, nächtliche Unruhe, Klagen über sehr heftige Kopfschmerzen und beeinträchtigtes Sehvermögen. Seit der Aufnahme, am 8. IV. 1899, im wesentlichen das gleiche Bild. Anfangs noch ohne Schlaf, aber nicht delirant; in den letzen Wochen schläft Pat. Dabei unbegründete Euphorie; allopsychische Desorientierung. Schulkenntnisse mangelhaft. Giebt gelegentlich an, sehr starke Kopfschmerzen zu haben, hat das aber immer sehr bald vergessen. Sehr stark herabgesetzte Merkfähigkeit. Findet nicht in sein Bett zurück, hält die Zeitung verkehrt beim Lesen. Keine Hallucinationen.

Diagnose: Typisches Bild der polyneuritischen Psychose; allopsychische Desorientiertheit mit umschriebenem autopsychischen Defekt, nämlich dem Verlust des Gedächtnismateriales für die letztvergangene Zeit, mindestens für die Zeit seiner Krankheit, vielleicht aber weit darüber hinaus zurückreichend, Confabulation, Verlust der Merkfähigkeit. Polyneuritische Symptome im engeren Sinne sind nicht vorhanden, der Augenbefund hängt vielleicht mit der Nephritis zusammen, vielleicht ist er aber auch ebenso wie die besondere Art der Gangstörung auf Hydroceph. int. auf alkoholistischer Basis zurückzuführen; ebenso die heftigen Kopfschmerzen.

Prognose: Im allgemeinen nicht ungünstig, da die Fälle von polyneuritischer Psychose in Heilung überzugehen pflegen; doch kommt es in schweren Fällen auch zu einer Art dauernden Defektes. Im vorliegenden Falle quoad vitam sehr bedenklich infolge der Pneumonie und des alkoholistischen Hydrocephalus internus. Letzterer an sich ist jedoch ebenfalls meist heilbar.

2. klinische Vorstellung am 17. VI. 1899.

Pat. zeigt im wesentlichen dasselbe Krankheitsbild wie bei der ersten Vorstellung, doch ist eine Reihe von neuen Symptomen aufgetreten, die demonstriert werden soll.

Er zeigt ein psychisch attentes Wesen, ist über seine Personalien vollkommen orientiert und beantwortet alle dahin gerichteten Fragen mit derselben Promptheit und Sicherheit wie das vorige Mal; allopsychisch ist er total desorientiert; seine Neigung zur Konfabulation tritt in noch ausgesprochenerem Masse hervor wie damals. Seine Stimmung ist gehoben, seine Merkfähigkeit zeigt sich sehr stark herabgesetzt.

Dazu hat nun eine darauf gerichtete Untersuchung am gestrigen Tage ergeben, dass Pat. die gewöhnlichsten Dinge, wie Schlüssel, Uhr, Taschentuch, Bleistift, einen Thaler, weder durch den Gesichts- noch durch den Tastsinn erkennen konnte. Dieselbe Erscheinung, wenn auch in einem etwas geringerem Grade, zeigt sich noch heute. Offenbar sind die Symptome in ihrer Intensität wechselnd je nach dem Zustand des Kranken.

Es stellte sich heraus, dass Pat. einen Teil der ihm vorgelegten Gegenstände schon allein mit Hilfe des Gesichtssinnes erkennen und richtig benennen kann, dass er einen andern Teil mit Hilfe des Gesichtssinnes nicht erkennt und ihren Namen und Gebrauch erst, nachdem man ihm dieselben in die Hand gereicht hat, angeben kann, dass er schliesslich eine dritte Reihe von Gegenständen nur mit Hilfe des Gesichts- noch des Tastsinnes zu identifizieren imstande ist. Hervorgehoben werden soll ausdrücklich, dass kein Grund zur Annahme einer gröberen Sensibilitätsstörung vorliegt und die Sehschärfe ohne korrigierende Gläser sicher nicht unter $^1/_6$ herabgesetzt ist. Bei der Untersuchung stellt sich ferner in ausgesprochener Weise ein Symptom heraus, das von den aphasischen Störungen her bekannt ist, das Haftenbleiben. Die Wiedergabe der Untersuchung soll das zeigen.

Es wird dem Pat. ein Thaler gezeigt. „Was ist das?“ „Eine Uhr; die habe ich schon gesehen, ... es sieht aus wie eine Uhr, ist aber keine.“ Der Thaler wird ihm in die Hand gegeben: „Das ist ein Werkzeug, so ein Werk.“ „Was ist das also?“ „Ein Werk.“ „Ist Ihnen das nicht bekannt?“ „Nein, ich kenne das nicht, ich kenne überhaupt solche Sachen nicht.“

Kleiderbürste: „Eine Bürste.“ „Wozu dient sie?“ „Haarbürste.“ „Nein, das ist keine Haarbürste!“ „Jetzt ist es eigentlich schon wieder ein Kleiderbürstel.“

Seife: „Das ist eine andere Bürste.“ „Wirklich eine Bürste?“ „Es sieht so aus wie eine Bürste, viereckig, ... ja hieraus kann man viel machen.“ Als er das Stück Seife in die Hand bekommt, sagt er: „Na ja, es ist Seife.“

Kamm: „Bürste, Haarbürste.“ Bleibt dabei auch, nachdem er ihn in die Hand bekommen hat, bedient sich jedoch, dazu aufgefordert, desselben richtig.

Streichholzschachtel: „Das ist zu Haare, eine Haarbürste.“ Nimmt sie in die Hand: „Na, das ist eine Bürste, na jetzt wird eine Bürste daraus.“ Fängt an, richtig damit zu manipulieren und bringt es nach einigem Suchen dazu, ein Streichholz anzuzünden. „Wie nennt man denn das ganze?“ „Eine Haarbürste“, dann schnell sich verbessernd: „Schachtel.“ „Was macht man denn damit?“ „Man streicht und macht Feuer und fertig.“

Buch: „Das wird wohl eine Bürste sein.“ „Wirklich?“ „Ja ich denke; meiner Ansicht nach ist es eine Bürste.“ Nimmt sie in die Hand. „Ist das eine Bürste?“ „Nein, es ist ein Bürstel, oder ein Kau oder ein Kamm, nein, nein, nein.“ Geht richtig mit dem Buche um. „Was macht man damit?“ „Zum Lesen.“ „Was ist also das Ganze?“ „Das ist so wie ein Buch.“

Schwamm: „Genau kenne ich das nicht.“ Betastet ihn und erklärt nach einiger Zeit: „So ein Schwamm.“

Stück grüne Kreide: „Bleistift.“ Nehmen Sie es mal in die Hand!“ „Ja, jetzt ist es keiner, aber gerade wie ein Bleistift.“ „Was macht man damit?“ Mit dem kann man schreiben!“ „Ist das ein Bleistift?“ „Nein.“ „Feder?“ „Auch nicht.“ „Was denn?“ „Gar nichts.“ Ein Stück weisse Kreide wird sofort als Kreide bezeichnet. „Und das vorige?“ „Wird wohl auch Kreide gewesen sein.“ „Was war der Unterschied?“ „Die war rot“ (war in der That grün).

Eine weitere Prüfung mit farbigen Kreiden ergiebt, dass Pat. ständig rot und grün verwechselt (auch bei Suggestivfragen), also farbenblind ist, während er andere Farben richtig bezeichnet.

Lineal: „Bleistift.“ „Beschreiben Sie es.“ „Der ist blau (haften geblieben von der Farbenprüfung her?), in der Mitte ein Loch, abgehobelt

und dann ist es alle.“ „Was macht man damit?“ „Zum Streichen.“ „Fassen Sie es an; ist das ein Bleistift?“ „Ja.“ „Was macht man damit?“ Schreiben, das heisst Zeichnen.“ Ist es ein Bleistift?“ „Nein, d. h. es ist halt ein Stift, so wie ein Bleistift.“ „Was macht man damit?“ „Streichen und dann schreiben.“

Ein Vorlegeschloss mit Kette daran bezeichnet er als Uhr, auch nachdem er es betastet hat. Auf die Frage: „Ist das vielleicht ein Schloss?“ antwortet er: „Ja, ein Schloss.“ „Was gehört zu einem Schloss?“ „Ein Schlüssel.“ „Ist das hier ein Schlüssel?“ „Ja ein Schlüssel.“ Pat. hält aber das Schloss immer verkehrt und sucht das Schlüsselloch an ganz falscher Stelle, indem er den Schlüssel immerfort an dem Bügel des Schlosses entlang führt.

Federhalter: „Schlüssel.“ Nimmt ihn in die Hand. „Ist das einer?“ „Jetzt wird es wohl wieder keiner sein.“ „Was ist das also?“ „Das ist ein Federhalter.“

Taschenmesser. „Das wird auch ein Schlüssel sein.“ „Was macht man denn damit?“ „Damit schliesst man.“ „Hat der einen Bart?“ „Ja . . . Taschenschlüssel.“ Nach dem Betasten ebenfalls als Schlüssel bezeichnet. „Was macht man damit?“ „Schliesst auf damit.“

Es wird ihm dasselbe Taschenmesser mit geöffneter Klinge gezeigt. „Was ist das?“ „Ein Federmesser.“ „Kein Schlüssel?“ „Man kann auch einen daraus machen.“ „Kennen Sie das Ding schon?“ „Ich kenne es noch nicht.“ „Haben Sie es schon einmal gesehen?“ Ich glaube nicht.“

Sofort richtig bezeichnet werden beim Vorzeigen: Wasserglas, Flasche, Korkenzieher, Schlüssel, Pinsel, eine Photographie, Taschentuch.

Besprechung: Anfang Juni konnte links wie rechts Knieklonus, dazu rechts auch Fussklonus konstatiert werden, später waren die Reflexe, wie jetzt auch, weniger lebhaft. Der Gang blieb andauernd nur mit Unterstützung möglich, breitbeinig, mit Neigung nach hinten überzufallen, ohne Schwindelgefühl. Die nephritischen Erscheinungen waren ganz vorübergehend; schon wenige Tage nach der Vorstellung war der Urin frei von Eiweiss und ist es geblieben; demnach sind die Veränderungen am Augenhintergrund sicher nicht als Retinitis albuminurica, sondern als wirkliche Stauungspapille infolge des Hydrocephalus internus oder als selbständige neuritische Erkrankung aufzufassen. Die damals in Entstehung begriffene Pneumonie hat Pat.

glücklich überstanden, desgleichen einen Abscess am Rücken, der sich im Anschluss daran entwickelt hatte.

Der Fall beweist, dass die Unfähigkeit, die Situation wiederzuerkennen sich steigern kann zur Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen, einem Symptom, das in der Pathologie des Gehirns als Asymbolie bekannt ist; es ist die Identifikation von Gegenständen gestört auf dem Wege des Sehens und Tastens bei Erhaltensein der Sinnesorgane für Sehen und Tasten.

In der Regel ist die Asymbolie bedingt durch eine Herderkrankung, die in beiden Hemisphären die Associationsfaserung des Hinterhauptlappens zum Schläfe- und Parietallappen unterbricht. Hier keine grobe Herderkrankung anzunehmen, sondern eine Degeneration im Mark, die denselben Effekt gehabt hat. (Ein ähnlicher Fall von Asymbolie alkoholisch stuporöser Entstehung beschrieben von Heilbronner, Heft 4 u. 5 dieser Abhandlungen, Beobachtung I.

---

10. Luise F . . . ., Hilfsweichenstellerfrau, 26 Jahre.

Klinische Vorstellung am 13. V. 1899; vergl. vor. Sem. Fall 21.

Die Pat. ist von gesundem Aussehen, aber blödsinnigem, etwas mürrischem Gesichtsausdruck; sie kommt langsam herein, bleibt mehrfach wie unschlüssig stehen, geht erst wieder, wenn sie angestossen wird, setzt sich dann und bleibt unverändert in derselben Stellung sitzen. Sie lässt ihre Augen unstet hin und her wandern, fixiert auch den Fragenden nicht.

Während der Zeit der Vorstellung ist Pat. absolut mutacistisch, antwortet auf keine der an sie gerichteten Fragen; giebt zögernd und erst auf längeres Zureden die Hand, ist aber nicht imstande den Mund zu öffnen, die Augen zu schliessen; Negativität der Kiefermuskeln. Keine Flexibilitas mehr, wohl aber Andeutung von wächsernem Widerstand an den Extremitäten.

Besprechung: Pat. ist bereits im vorigen Semester am 21. Januar 1899 vorgestellt (s. Heft I. S. 65); der akinetische Zustand, der damals schon im Nachlassen war, hat noch weiterhin abgenommen, doch hat Pat. einen, vielleicht noch vorübergehenden Zustand von Demenz zurückbehalten. Sie fing bald darauf an, häufig das Bett zu verlassen und nach der Thür zu eilen, war dabei noch unsauber; im Februar begann

sie ausserordentlich stark zu essen, riss anderen Patienten das Essen fort. Jetzt hält sie sich tagsüber ausser Bett auf, doch zieht sie sich häufig aus, legt sich in fremde Betten, ist gegen andere grob, schlägt unmotiviert; besorgt sich nur mangelhaft, ist aber sauber. Gelegentlich spricht sie im Verkehr mit Wärterinnen und Kranken spontan kurze Sätze, zu Antworten ist sie nur selten zu bewegen, Nahrungsaufnahme noch immer gut; Schlaf während der ganzen Zeit nur auf Schlafmittel. Das Körpergewicht hat seit Anfang Januar von 43 auf 55 kg zugenommen.

Was die **Prognose** des Falles anbelangt, so war sie s. Z. wegen der starken Beteiligung des Sensoriums günstig gestellt worden (vgl. das frühere Heft S. 111), falls der Kräftezustand sich hebt. Dies scheint sich nun jetzt nicht zu bestätigen. Es liegen aber zwei Möglichkeiten vor, die noch Berücksichtigung verdienen. Es könnte, trotz der unstreitigen Demenz in Ausdruck und Benehmen der Kranken, noch zu verhältnismässiger Restitution kommen, wie analoge Fälle gezeigt haben. Andererseits kann die Beteiligung des Sensoriums durch die fieberhafte Komplikation und nicht durch die Psychose bedingt gewesen sein, und dann würde sie natürlich die ihr zugeschriebene prognostische Bedeutung nicht haben.

---

11. Bertha H . . . ., Dienstmädchen, 30 Jahre.

Klinische Vorstellung am 13. V. 1899.

Die Kranke, ein etwa mittelgrosses Mädchen von mässigem Ernährungszustande wird von der Wärterin herein geführt und bleibt vor dem für sie bestimmten Stuhle stehen, ohne sich niederzusetzen. Sie hält den Kopf fortwährend leicht gesenkt; ihre Gesichtszüge sind etwas verzerrt, dabei fixiert. Die Lider sind geschlossen und zittern unaufhörlich.

Aus eigenem Antriebe thut sie gar nichts, steht regungslos mit etwas vorgestrecktem Kopf und leicht gekrümmtem Rücken da, die Hände schlaff am Körper herabhängend oder im Schosse gefaltet.

Einfachen Aufforderungen entspricht sie, aber meist erst nach einigem Drängen. In der Regel schüttelt sie erst mit dem Kopf, blinzelt stärker, runzelt die Stirn und zieht den Mund breit zum Lächeln; dann aber thut sie, was von ihr verlangt wird. So zeigt sie die Zähne, macht den Mund fest zu, reicht die Hand, sieht nach

der Decke, zeigt nach wiederholtem Kopfschütteln und vergeblichen Versuchen die Zunge, spricht die Namen „Anna“ u. „Bertha Hoffmann“ nach, ja schreibt sogar ihren Namen mit Kreide an die Wandtafel und zwar mit ganz geschickten aber auffällig kleinen Schriftzügen.

Trotz ihrer geschlossenen Augen geht sie mit Sicherheit nach einem etwa 6 m entfernten Stuhle und setzt sich dort nieder. Nadelstiche wehrt sie zweckmässig ab.

Die Frage, ob sie Bertha Hoffmann heisse, bejaht sie, Prof. W. giebt sie an, nicht zu kennen, beides durch Kopfbewegungen.

Seit wann sie wieder sprechen kann, weiss sie nicht.

Besprechung: Die Schwester des Vaters ist geisteskrank. Der Ausbruch der Psychose gelegentlich einer Reise von Berlin nach hierher, ganz akut am 30. V. 1896. An diesem Tage Überführung in die Anstalt. Hier Angst, Beziehungswahn, Hallucinationen. Totale allopsychische Desorientierung. Sehr bald Erklärungswahnideen.

Schon im August treten motorische Ausfallsymptome auf: Mutacismus, Negativität. Patientin besorgt sich nicht mehr selbst, muss gefüttert werden, ist unsauber. Augen werden geschlossen gehalten, selbst beim Gehen.

Im September tritt eine leichte Besserung ein. Pat. isst wieder von selbst und besorgt sich.

Dann im Oktober Zustand vollständiger Regungslosigkeit, Negativität, keine Flexibilitas, starke Schweisssekretion, Speichelfluss. In gleicher Zeit stundenlanges Verbigerieren.

Anfang 1897. Nachlass der Akinese. Pat. lacht viel, Hallucinationen, hypochondrische Vorstellungen, Koprolalie. Dann wieder hypokinetisches Verhalten. Pat. spricht nicht, aber giebt schriftlich Auskunft, steht auf, geht mit den anderen Kranken in den Garten, beschäftigt sich aber garnicht.

Dieser Zustand von partieller initiativer Akinese und absolutem Mutacismus hat ohne merkliche Schwankungen bis vor wenigen Wochen, also über 2 Jahre lang angehalten. Auch konnte Pat. in dieser Zeit nicht die Zunge zeigen.

Diagnose und Prognose: Schwere akinetische Motilitätspsychose im Rückgang befindlich, voraussichtlich mit Ausgang in Demenz. Wie weit ausserdem noch eine inhaltliche Fälschung (paranoischer Zustand) besteht, ist z. Z. nicht nachweisbar.

12. August B . . . ., Laternenwärter, 54 Jahre.

Klinische Vorstellung am 13. V. 1899.

Pat. ist mittelgross, von schlechtem Ernährungszustande, blasser Gesichtsfarbe und dementem Gesichtsausdruck. Er begrüsst das Auditorium mit den Worten: „Gelobt sei Jesus Christus!“ Über die Situation ist er ziemlich gut orientiert; im grossen und ganzen ist er attent, nur schweift er leicht ab, so dass er häufig durch Zwischenfragen gelenkt werden muss. Er glaubt völlig gesund zu sein, ist aber keineswegs unwillig darüber, dass er hier zurückgehalten wird. Merkfähigkeit nicht herabgesetzt (8716 nach 15′ reproduziert). Sprachstörung nicht nachweisbar. Facialisparese links. Pupillen starr. Patellarreflexe lebhaft, passive Beweglichkeit gesteigert, keine Ataxie.

„Kennen Sie mich?“ „Der Herr Professor.“

„Und die Herren hier?“ „Ja, ja, die kenne ich auch, die habe ich schon gesehen unten und oben (Station im Erdgeschoss und 2. Stock).

„Welche von den Herren kennen Sie?“ (Pat. zeigt die ihm bekannten Assistenten.)

„Wissen Sie, was die Herren sind?“ „Es ist mir wenigstens gesagt worden, Professoren.“

„Man hat Ihnen gesagt, Sie sollten zu mir, zum Professor kommen, nicht zu den Professoren?“ „Auch möglich.“

„Warum rede ich mit Ihnen?“ „Ich glaube, wegen der Entlassung.“

„Weshalb sind Sie hierher gekommen?“ „Weil meine Frau mich nicht mehr lieben wollte.“

„Die hat sich gefürchtet vor Ihnen?“ „Das brauchte sie nicht. Sie will ein lasterhaftes Leben führen. Sie hat auch meine Kinder verführt. Die Nächte ist sie nach Pöpelwitz und in die Cafés gegangen, und da habe ich die gnädige Frau X gebeten, weil ich ja die Seele vom Geschäft bin . . .“

„Was haben Sie für ein Geschäft?“ „Dachpappen und Kunststeine.“

„Sind Sie der Inhaber?“ „Ja, wenn ich herauskomme; da sind Milliarden drin.“

„Milliarden sagen Sie?“ „Ja wohl, wir haben ja ganz Schlesien und das Ausland.“

„Jetzt haben Sie aber noch nichts?“ „Nein, ich habe 2 Grundstücke. Die 36 000 M. Gehalt, die ich bekommen habe, die sind im Geschäft.“

„Sie haben Geld bekommen?“ „Ja, wohl 1000 Thaler monatlich.“

„Sie haben also grosse Aussichten, aber vorläufig noch nichts in den Händen?“ „Ja, das Geld meiner Frau. Wenn ich zu meiner lieben Landesmutter, zur Kaiserin Eugenie, Napoléon Drei, könnte, dann hätte ich mehr.“

„Sie, ein einfacher Kaufmann?“ „Ich werde jetzt Hochwürden.“

„Haben Sie noch andere Sachen vor?“ „Ja, ich will meinen Landesherrn, den lieben Kaiser Wilhelm II. bitten, dass ich seine Mutter zu mir nehme, als Frau, die Kaiserin Friedrich; und dann auch vom heiligen Franz Josef von Österreich die Schwiegertochter . . .“

„Beide wollen Sie als Frauen nehmen?“ „Ja wohl.“

Besprechung: Nach Angabe der Frau ist Pat. bis 8 Tage vor seiner Aufnahme am 14. II. 1899 geistig gesund gewesen. Vorher hat er jahrelang über rheumatische Beschwerden geklagt. Er wurde nun sehr vergesslich, zugleich reizbar und erregt, äusserte Grössenideen und wurde in die Anstalt überführt.

Diagnose: Paralytischer Grössenwahn ohne maniakalische Symptome.

Diese Autopsychose, charakterisiert durch den phantastischen, unmöglichen Inhalt der Grössenideen, gestattet an und für sich die Diagnose auf Paralyse zu stellen. Hier bestehen ausserdem noch eine Facialisparese und spinale Symptome, welche die Diagnose sichern.

Prognose: Dem entsprechend ungünstig.

Der phantastische Grössenwahn ist an sich dement, und in diesem Falle anzunehmen, dass eine Demenz schon längere Zeit bestanden hat, aber nicht aufgefallen ist.

---

13. Rosa M . . ., 34 Jahre.

Klinische Vorstellung am 17. V. 1899.

Pat. ist eine körperlich recht herabgekommene Person, im 6—7 Monat gravida. Sie wird auf der Tragbahre ins Auditorium hereingetragen. Schon in der Bettlage fällt ihre fortwährende Be-

wegungsunruhe auf. Sie wendet schlangenartig den Rumpf, verzieht grimassierend das Gesicht und macht hin und wieder schleudernde Bewegungen mit den Armen. Als sie aus dem Bette herausgenommen und auf den Stuhl gesetzt wird, sieht man, dass ihr Kopf auf dem Rumpfe ohne Halt gleichsam hin und her baumelt. Eine ähnliche Haltlosigkeit des Rumpfes zeigt sich beim Sitzen und noch mehr bei einem Gangversuche, den Pat. von 2 Wärterinnen unterstützt, macht. Hierbei werden die Beine unzweckmässig gesetzt und machen bisweilen ausfahrende Bewegungen.

Die passive Beweglichkeit der Beine, in Bettruhe geprüft, ist erhöht.

Pat. ist in leicht gehobener, mit ihrer Haltlosigkeit kontrastierender Stimmung. Sie äussert beim Hereinkommen: „Ich werde mir jetzt einmal die Herren ansehen," und lacht viel. Sehr häufig stösst sie eigenartige, unverständliche Laute aus, bisweilen werden auch Worte verständlich, die zeigen, dass sie sich ihrer Krankheit bis zu einem gewissen Grade bewusst ist.

So sagt sie, als sie gehen soll: „Ach Gott, ich kann ja gar nicht." Über Ort und Situation ist sie vollkommen orientiert, auch jederzeit zu fixieren.

Besprechung: Pat. giebt an schon vom 12. Jahre ab an Anfällen zu leiden, die sich als hysterische Absenzen oder hysteroepileptische Zustände charakterisieren. Hier sind Anfälle mit Bewusstseinsverlust, in denen Pat. um sich schlug, auch beobachtet worden, von 1—2 Minuten Dauer, eigentliche Krämpfe dagegen nicht. Kurz vor ihrer Einlieferung hatte sie mehrere schwere derartige Anfälle gehabt und ist so schwach geworden, dass sie weder mehr gehen und stehen noch sprechen und essen konnte. Aufnahme in die Anstalt am 13. V. 1899.

In der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt bestand ein sehr schweres Krankheitsbild, noch schwerer als z. Z. der Vorstellung.

Diagnose: Chorea gravidarum.

Die Chorea gravis erinnert in vielen Zügen an die hyperkinetische Motilitätspsychose. Jedoch bestehen scharfe Unterschiede:

Bei der Chorea sind die einzelnen Bewegungen gestört, unkoordiniert, ausfahrend. Es bestehen lähmungsartige Symptome, die sich besonders in der Haltlosigkeit des Kopfes und Rumpfes ausprägen.

Bei der Motilitätspsychose geschehen die Bewegungen koordiniert, häufig mit einer gewissen Grazie und einem Überschuss an Kraft.

Eine maniakalische Verstimmung ist auch bei der Chorea gravis ganz gewöhnlich vorhanden, bald in der Form krankhafter Euphorie, bald in der einer gesteigerten Reizbarkeit. Auch in dem vorgestellten Falle entspricht die Stimmung nicht dem schweren Krankheitsbilde.

Prognose: Dubia. In vielen Fällen muss zur künstlichen Frühgeburt geschritten werden, weil Kräfteverfall eintritt und das Leben bedroht wird.

---

14. Frau K . . . ., Töpferfrau, 27 Jahre.

Klinische Vorstellung am 17. V. 1899; vergl. vor. Sem. Fall 6.

Die Kranke kommt, von einer Wärterin geführt, langsamen Schrittes herein und nimmt zögernd auf dem Stuhle Platz. Ihr Aussehen ist blass und heruntergekommen; der Gesichtsausdruck ist maskenartig starr und erhält durch die herabhängenden Mundwinkel und die vorgestülpte Unterlippe etwas Entstelltes. Pat. bleibt mit auf den Oberschenkeln liegenden Händen und etwas gesenktem Kopfe unbeweglich sitzen. Der Blick ist starr nach unten gerichtet, der Lidschlag sehr selten. Während der ganzen Vorstellung behält Pat. diese Haltung unverändert bei.

Verschiedenen Aufforderungen kommt sie nach, wenn auch langsam, zögernd und erst nach mehreren vergeblichen Ansätzen; so schliesst sie auf Befehl die Augen, öffnet den Mund, zeigt die Zähne, geht langsam einige Schritte vorwärts. Ihre auf den Kopf gelegte Hand bleibt für wenige Sekunden liegen und gleitet dann langsam herab. Passiven Bewegungen setzt Pat. geringen Widerstand entgegen. Nur bei dem Versuche, ihren Rumpf vorwärts zu beugen, leistet sie erheblichen Widerstand und sinkt schliesslich in die Kniee, in welcher Lage sie verharrt. Auf die Aufforderung hin, sich zu erheben, thut sie dies, doch fällt ihr das Aufstehen augenscheinlich schwer. Nun wird ihr aufgegeben, einige Worte nachzusprechen. „A“ und „Anna“ spricht sie nach mit leiser, kaum vernehmlicher Stimme. Ihren Namen „Kramer“ bringt sie etwas lauter, aber nur mit sichtlicher Anstrengung hervor. Auf die Frage des Prof. W.: „Kennen Sie mich?“ schüttelt sie leicht mit dem Kopfe. Bei allen andern Fragen nach Alter etc. bleibt sie stumm, verzieht höchstens ein wenig den Mund.

Besprechung: Pat. ist bereits am 9. XI. 1898 vorgestellt worden, wo sie das Bild einer vollkommenen Akinese darbot. Das Verhalten der Kranken ist seitdem mit kurzen Unterbrechungen ein vorwiegend akinetisches gewesen; nur im Januar trat praemenstruell ein längeres hyperkinetisches Stadium auf. Am 9. II. stellt sich nach längerer Pause wieder die Menstruation ein und im Anschluss daran begann Pat. sich zu orientieren. Eine daraufhin angestellte Prüfung ergab eine nur geringe Herabsetzung der Aufmerksamkeit sowie unbedeutende Defekte. Die Reflexe waren beiderseits gesteigert; in Nacken- und Unterkiefermuskulatur bestand Negativismus.

Die Prognose war trotz der fehlenden Defekte ungünstig gestellt worden, da die Fälle von Motilitätspsychose mit cyklischem Charakter erfahrungsgemäss einen schweren Verlauf nehmen. Die damals ausgesprochene Befürchtung, dass noch weitere Phasen von — sei es akinetischem, sei es hyperkinetischem — Verhalten sich einstellen würden, hat sich verwirklicht, jedoch haben die hyperkinetischen Zustände mit Ausnahme des einen im Januar immer nur einige Tage Dauer gehabt, überwiegend hat der akinetische Zustand angedauert. Körperlich ist Pat. sehr reduciert und weiterer Kräfteverfall zu befürchten.

---

15. Emil A. . . . ., Versicherungsbeamter, 20 Jahre.

Klinische Vorstellung am 17. V. 1899.

Der Kranke ist ein mittelgrosser junger Mann von mässigem Ernährungszustande, blasser an Lippen und Händen ausgesprochen cyanotischer Hautfarbe. Der Gesichtsausdruck hat etwas Verstimmtes, Mürrisches, was sich besonders wenn der Kranke zur Beantwortung von Fragen etwas gedrängt wird, durch die Ausprägung senkrechter Hautfalten zwischen den Augenbrauen zu erkennen giebt.

Von selbst thut er nichts. So bleibt er vor dem für ihn bestimmten Stuhle stehen, bis er zum sitzen aufgefordert wird, und behält ihm erteilte Stellungen, auch unbequeme, so lange bei, bis Prof. W. die Stellungen verändert, oder ihn zur aktiven Aufgabe derselben auffordert. So bleibt er mit auf den Kopf gelegten Händen stehen, und verändert eine ihm erteilte starke Vorwärtsbewegung des Rumpfes aus eigenem Antriebe nicht.

Dagegen ist hervorzuheben, dass er durch die Situation zwei Mal zu spontanen Sprachäusserungen veranlasst wurde. Erstens be-

merkte er, als er auf einen Stuhl mit Rohrgeflecht steigen sollte, „der Stuhl geht entzwei", und zweitens grüsste er beim Verlassen des Auditoriums mit „Guten Morgen."

Aufforderungen, die an ihn gerichtet werden, kommt er fast regelmässig nach, aber meist erst nach mehrfacher (bis zehnmaliger) eindringlicher Wiederholung und Aufmunterung. Dabei ist sein Verhalten bei jedem einzelnen Falle ziemlich das nämliche. Während er für gewöhnlich mit etwas vornübergeneigten Oberkörper, die Hände schlaff auf den Oberschenkeln liegend, dasitzt, die Augen nach unten und vorwärts ins Leere gerichtet, hebt er meist, eine bis mehrere Sekunden nach einer Aufforderung den Kopf und sieht einen Augenblick sein Gegenüber an, um alsbald seine gewöhnliche Haltung wieder einzunehmen. Dann vertiefen sich die senkrechten Falten auf seiner Stirn, die verlangte Bewegung wird andeutungsweise versucht, wobei man nicht selten an den Händen zuckende Mitbewegungen wahrnimmt, und dann erst folgt in langsamer zögernder Ausführung die verlangte Reaktion.

Dadurch bekommt auch sein Verhalten beim Aufstehen vom Stuhl und bei einem Gangversuch, besonders bei der Umkehr in die entgegengesetzte Richtung etwas unbehilfliches.

Seinen Namen schreibt er ganz klein und für einen Schreiber sehr langsam mit etwas zitternden Zügen an die Wandtafel.

Auf mehrmalige Aufforderung macht er die Augen zu und auf, schaut nach der Decke, hebt die linke und rechte Hand empor, zeigt die Zähne und steigt auf den Stuhl, letzteres mit Unterstützung, aber er macht den Mund nicht auf, und knöpft auch den Rock nicht auf, sondern legt nur die rechte Hand an den obersten Knopf. Gefragt, warum er das nicht thue, antwortet er, er könne nicht.

Auf einfache eindringlich wiederholte Fragen giebt er meist mit leiser Stimme Antwort, nachdem er vorher schon die Lippen bewegt hat. So zählt er, nach der Zahl seiner Geschwister gefragt, erst an den Fingern mit lautlosen Lippenbewegungen drei ab, ehe er im Flüstertone antwortet.

Schwierigere Fragen beantwortet er mit „ich weiss nicht." Über seine Personalien und die Situation ist er völlig orientiert. Seine Merkfähigkeit ist gut (8716 nach 15' reproduziert.)

„Fällt Ihnen das Sprechen schwer?" „Ja."

„Ist die Zunge schwer?" „Ja."

„Oder fällt Ihnen das Denken schwer?“ „Ja.“

„Die Zunge ist also gut beweglich?“ „Sie ist schwer beweglich.“

„Wie ist denn das Gedächtnis?“ „Schwach.“

„Sind Sie denn krank?“ „Ja.“

„Wo steckts denn bei Ihnen?“ „Im Kopfe.“

„Was ist denn mit Ihrem Kopf. Haben Sie Schmerzen?“ „Reissen.“

„Wo steckt es denn noch?“ „In der rechten Körperseite.“

„Ist sonst Ihr Körper in Ordnung?“ „Ja.“

„Sind Sie schwach?“ „Ja.“

„Sehr schwach?“ „Ja.“

„Glauben Sie, dass Sie sehr krank sind?“ „Ich weiss nicht.“

„Haben Sie auch Angst?“ „Nein.“

„Fühlen Sie sich unglücklich?“ „Ja.“

„Weshalb fühlen Sie sich unglücklich?“ „Ich will fortgeschafft werden.“

„Wohin?“ „Ich habe Sie beleidigt.“

„Nein das ist nicht richtig. Glauben Sie, dass Sie schlecht sind?“ „Ja.“

„Glauben Sie, dass Sie Strafe verdienen?“ „Ich habe nichts begangen.“

„Inwiefern sind Sie also schlecht, wollen Sie es mir nicht sagen?“ „Ich habe zu viel geschimpft.“

„Glauben Sie, dass Sie dafür Strafe verdienen?“ „Ich habe nichts gestohlen.“

„Hören Sie Stimmen?“ „Ja, die machen mich ganz verwirrt.“

„Sagen die Stimmen Schimpfworte?“ „Nein.“

„Drohungen?“ „Ja.“

„Was wird Ihnen denn gedroht? Will man Ihnen ans Leben?“ „Ich möchte weg sein.“

„Heisst das „Tot sein?“ „Ja.“

Besprechung: Grossvater mütterlicherseits an Paralyse gest. Schwester der Mutter 3 Jahre in einer Irrenanstalt interniert. Vater Potator.

Pat. entwickelte sich normal, kam in der Schule gut fort, war im Geschäft tüchtig.

Im Alter von 15 Jahren machte er ein kurzes depressives Stadium mit Hallucinationen durch.

Im Februar 1898 wurde er nach Angabe der Mutter „anders". Er fühlte sich schwach, wurde still, äusserte Selbstmordideen, glaubte er müsse sterben und hatte hypochondrische Sensationen.

Ostern 1898 erfolgte ein Umschlag. Er wurde lebhaft, zu seiner Mutter auffällig zärtlich, führte unanständige Reden, belästigte ein 15 jähriges Mädchen mit Heiratsanträgen. Von deren Bruder hinausgeworfen, kaufte er sich einen Revolver, verreiste zu Verwandten, benahm sich dort rücksichtlos, ungeniert, stieg bei einer Magd nachts zum Fenster ein.

In der Anstalt — aufgen. 19. VIII. 1898 — zeigte er gehobene Stimmung, fühlte sich sehr kräftig und leistungsfähig, war witzig und vorlaut („in Bierlaune" wie Pat. selber sagte), war zu dummen Streichen geneigt, ärgerte die anderen Kranken. Kein Rededrang, Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

Von Mitte November an Besserung, ruhigeres Verhalten, Krankheitseinsicht. Am 24. XII. wurde er beurlaubt und kehrte nicht zurück.

Bis Mitte März war er in Berlin als Schreiber thätig und anscheinend normal. Dann wieder gedrückte Stimmung, Gesichts- und Gehörshallucinationen.

Zweite Aufnahme am 10. IV. 1899.

In der Anstalt lag Pat regungslos im Bett, machte zeitweise stereotype Bewegungen mit dem rechten Zeigefinger. „Seine ganze rechte Seite sei in Unruhe, sie müsse Bewegungen machen gegen seinen Willen. An die Bewegungen knüpften sich Erklärungswahnideen: Er schreibe an das Amtsgericht.

Phoneme, Visionen von schattenhafter Gestalt, Angst. Antworten waren schwer zu erhalten und wurden langsam mit leiser Stimme gegeben.

Diagnose: Depressives Stadium (ähnlich einer depressiven Angstpsychose, vgl. F. 5) einer cirkulären Psychose.

In dem Krankheitsbilde ist am auffälligsten der Ausfall an Motilität, eine Verringerung und Verlangsamung der Bewegungen. Entsprechend ist das Verhalten auf der Station, wo Pat. ebenfalls keinerlei initiative Bewegungen zeigt, bis auf die notwendige Sorge für Nahrung und Sauberkeit. Die Reaktivbewegungen geschehen verhältnismässig besser, sind aber auch sämtlich verlangsamt. Der herrschende Affekt ist Unglücksgefühl, auch subjektive Insuffizienz wird zugegeben.

Die nächstliegende Annahme ist, einen höheren Grad intrapsychischer Afunktion als vorhanden vorauszusetzen, welchen man zum Unterschiede von der affektiven Melancholie als depressive Melancholie bezeichnen kann. Ähnliche Krankheitsbilder kommen verhältnismässig oft vor, es ist aber noch nicht sicher gestellt, dass es ganz reine Fälle derart giebt. Am häufigsten zeigen sich auch schwere psychosensorische Störungen, in Form abnormer körperlicher Sensationen und eines schweren körperlichen Krankheitsgefühles beigemischt. So verhält es sich auch hier. Auch Angst, die von dem Kranken in Abrede gestellt wird, ist auf der Station beobachtet worden. Möglicher Weise ist sogar die intrapsychische Afunktion in diesem Falle psychosensorisch bedingt, da jedes schwere Krankheitsgefühl die intrapsychische Leistung beeinträchtigt.

Die pseudospontanen Bewegungen und das Verharren in erteilten Stellungen beruhen auf selbständigen motorischen Identifikationsstörungen. Auch das Vorhandensein von allopsychischen Angstvorstellungen und entsprechenden Phonemen passt nicht in den Rahmen der intrapsychischen Afunktion.

Nächst häufig wie in Verbindung mit schweren hypochondrischen Sensationen kommt das Bild der depressiven Melancholie bei der progressiven Paralyse vor und zwar zuweilen schon längst vor dem Auftreten motorischer Störungen.

Die Prognose ist, da es sich um die melancholische Phase einer zirkulären Psychose handelt, ungünstig zu stellen.

---

16. Frl. Auguste T . . . ., Näherin, 19 Jahre.

Klinische Vorstellung am 3. VI. 1899.

Die Kranke ist ein junges Mädchen, etwa mittelgross, von auffallend blasser Gesichtsfarbe. Sie betritt mit grossen, ungelenken Schritten das Auditorium und setzt sich auf den Stuhl, auf dem sie sofort eine eigentümliche Haltung einnimmt. Sie hält den Oberkörper zurückgelehnt, den Kopf grade aufgerichtet, die Arme streckt sie steif an den Seiten des Körpers abwärts und macht häufig Bewegungen mit den Fingern, die sie beugt und streckt, oder spreizt und zusammenlegt. Legt sie die Hände auf die Oberschenkel, was öfter geschieht, so thut sie das ohne die Ellenbogen zu beugen. Der Gesichtsausdruck hat etwas geziert Zurückhaltendes, Grimassenhaftes; sie lächelt fast

beständig, hat die Lider entweder tief gesenkt und ruhig oder senkt und hebt sie in raschem Wechsel, wobei sie die Augen nach oben oder nach der Seite verdreht; die Unterlippe beisst sie zwischen die Zähne.

So lange Prof. W. nicht mit ihr redet, sitzt sie ruhig in der beschriebenen Haltung da, schaut sich höchstens einmal nach der in ihrem Rücken befindlichen Wandtafel um. Sobald aber Fragen an sie gerichtet werden, ändert sie ihr Benehmen. Sie ist nun völlig ungeniert, beantwortet die Fragen, wie es ihr grade beliebt, oder ignoriert sie auch vollständig, wippt rhytmisch mit ihrem Körper, schlenkert mit den Beinen und bewegt die Füsse und Finger in eintöniger Weise.

Ohne ersichtlichen Grund steht sie vom Stuhle auf und schlendert mit grossen, stampfenden Schritten im Zimmer umher und begleitet diese eigentümliche Gangart mit ausgiebigen schlenkernden Bewegungen beider Arme, bleibt ebenso ohne ersichtlichen Grund plötzlich stehen, den Kopf gesenkt, das eine oder andre Bein vorgestreckt, oder lehnt sich mit dem Rücken an die Wand, setzt die leicht gespreizten Beine etwas nach vorn, hält die Arme senkrecht nach unten gestreckt etwas abduziert, die Hände gestreckt in extremer Abduktion, und hat dabei die Lider tief gesenkt, die Unterlippe eingekniffen. Während sie diese Haltung inne hat, spricht sie nicht spontan und ist auch nur schwer zum Antworten zu bewegen. In der Regel verlässt sie diese Stellung nach einigen Sekunden, indem sie den Kopf nach hinten beugt und in ein überlautes Lachen ausbricht. Dieses Lachen hat sie auch sonst öfters, ohne dass es irgendwie durch die Situation zu erklären wäre.

Fragen beantwortet sie sofort mit lauter Stimme, meist in sehr ungenierter Weise. Häufig giebt sie dem Frager, nach Art ungezogner Kinder, die sich bemühen, recht frech zu sein, die Frage zurück, wendet mit Vorliebe burschikose Redensarten an, wie „ja wohl, das stimmt“ oder schimpft auch, ohne Rücksicht auf die Situation, auf den Frager los und überhäuft ihn mit obscönen Redensarten.

Örtlich ist sie gut, zeitlich ungenau orientiert. Schulkenntnisse, wie eine Prüfung über das 1×1 ergiebt, schlecht.

„Sie sind Fräulein Tobias?“ „Das sind Sie.“

„Habe ich Sie schon hier vorgestellt?“ „Ja wohl, das weiss ich.“

„Wissen Sie, wie lange das her ist? Es war im Oktober vorigen Jahres.“ „Ach wo, im September.“

„Wissen Sie welches Jahr wir haben?“ „Nein.“

„Wie lange sind Sie hier?“ „Es wird wohl schon lange Zeit sein.“

„Am 6. IX. sind Sie aufgenommen worden!“ „Umumum um, das war wohl bei Sedan.“

„Sedan ist am 2. IX.!“ „Nein, am 6.“

„Wer bin ich?“ „Der Herr Professor.“

„Was sind das für Herren?“ „Ärzte.“ (lacht unmässig.)

„Sind Sie denn krank?“ „Ja wohl, bin ich krank.“

„Wissen Sie, dass Sie damals so unglücklich waren?“ „Ja wohl, das stimmt.“

„Sie haben sich damals Vorwürfe gemacht, Sie wären schlecht, hätten gestohlen, u. s. w.?“ „Nein, das nicht, ach wo.“ (lacht.)

„Sie sollten in die Hölle kommen, hätten das Abendmahl falsch genommen?“ „Ach gar nicht, das war bloss meine Dämelei.“

„Jetzt geht es besser?“ (sieht lachen.) „Jetzt lachen die verfluchten Äster.“

„Wer lacht denn?“ „Natürlich weil sie lachen, die Äster.“

„Sie müssen sich doch hier etwas anständig benehmen!“ „Ja, wenn man über mich lacht, werde ich verflucht tücksch.“

„Wie alt sind Sie?“ „Das müssen Sie ja besser wissen, dafür sind Sie ja Professor.“

„Was ist denn Ihr Vater?“ „Was ist denn Ihr Vater?“ (lacht.)

„Nehmen Sie sich ein bischen zusammen!“ „Was ist Ihr Vater?“ (lacht noch lauter.)

„Worüber lachen Sie denn?“ „Wenn die andern lachen, lache ich halt mit.“

„Was für ein Haus ist das hier?“ „Verrückten-Haus.“

„Gehören Sie denn hierher?“ „Natürlich, ich war ja verrückt.“

„Jetzt nicht mehr? Haben Sie noch Ihren Verstand?“ „Manchmal kommt er doch noch.“

„Aber manchmal haben Sie ihn nicht?“ „Ja, das stimmt.“

„Also Sie müssen noch hier bleiben?“ „Ja, wie Sie meinen.“

„Wo wohnen Sie draussen?“ „Ach, was heisst das.“

„Wo Sie wohnen?“ „Wo ich hier bin? im Verrückten-Hause bin ich.“

„Wo Sie draussen wohnen?“ „Ja, ja, hm, hm.“ (bewegt die Füsse.)

„Warum bewegen Sie die Füsse?“ Pat. steht vom Stuhle auf,

zieht einen Pantoffel aus, droht damit, als ob sie Prof. W. damit schlagen wollte, und wirft ihn dann mitten ins Zimmer.)

„Wie werden Sie denn behandelt?“ „Na Ihr verfluchten Äster, schlecht wart Ihr alle zu mir.“

„Wie waren die Wärterinnen gegen Sie?“ „Ach die verfluchten Äster.“

„Wie schmeckt das Essen?“ „Ach, ich mag ja erst garnicht; da war ja auch so ein verfluchter Giftmischer, du verfluchtes Aas.“ (geht im Zimmer umher.)

„Warum machen Sie das?“ „Lassen Sie mich nur, Sie verfluchter Lumps.“

„Sie sind aber wenig höflich?“ „Nun, Sie ja auch nicht.“

„Sie meinen, im Essen ist Gift?“ „Natürlich ist Gift drin.“

„Hören Sie Stimmen?“ Natürlich habe ich welche gehört, ein Mal.“

„Hören Sie jetzt noch welche?“ „Natürlich höre ich sie. Lassen Sie mich in Ruh; Sie sind ja ein verfluchter Kerl, Sie verfluchter Lumps. Wo ist denn der verfluchte Latschken.“ (Pantoffel.)

„Werden Sie bedroht von den Stimmen?“ „Da wird Ihnen was auf die Nase geschissen.“

„Das ist doch aber nicht anständig?“ „Natürlich, Ihr habt mich ja angewuscht.“ (Nimmt die Kreide und schreibt grosse Schnörkel und Buchstaben an die Tafel.)

„Schreiben Sie Ihren Namen an die Tafel!“ (Malt, ohne sich darum zu kümmern, ihre Schnörkel weiter.)

„Wie heissen Sie?“ „Wie ich heisse, Herr Professor heissen Sie.“ (Betrachtet, was sie geschrieben hat und wischt es mit dem Jackenärmel wieder weg.)

„Setzen Sie sich wieder!“ (geschieht.)

„Sagen Sie, Ihr Körper ist doch gesund?“ „Ja Ihrer, aber nicht meiner!“

„Was ist denn mit Ihrem Körper?“ „Das habe ich gar nicht nötig, Ihnen zu sagen.“

„Was ist mit Ihrem Körper?“ „Ich werde Sie nächstens einmal rausschmeissen.“

„Hat sich da was verändert?“ „Sehr viel.“

„Was denn?“ „Der Giftmischer hat sich verändert.“

„Sie meinen, Gift hat Ihren Körper verändert. Woran haben Sie das gemerkt?“ „Das kann ich nicht sagen.“

Besprechung: Der gegenwärtige Zustand besteht seit einigen Wochen. Vorher, zu Anfang dieses und Ende des vorigen Jahres, waren die motorischen Symptome, besonders auch parakinetischer Art, noch etwas ausgeprägter, oft Festhalten bestimmter Stellungen, mit Erklärungswahnideen einfachster Art: sie müsse lachen, müsse das reden, müsse das thun; einmal: müsse dem lieben Gott nachfolgen und sich selbst kreuzigen.

Bei der Aufnahme und in den ersten Wochen ein ganz abweichendes, im wesentlichen der affektiven Melancholie entsprechendes Krankheitsbild ohne alle motorische Symptome, so dass Pat. Anfang Oktober als affektive Melancholie einem Ärztekursus vorgestellt werden konnte. Eine damals vorgenommene Intelligenzprüfung ergab auffällige Defekte; sie rechnete

444 × 444	333 × 333	78254 + 43765
1676	999	11 11 9 11 9

„Warum fliesst ein Fluss?“ „Weil er muss Fahrzeuge befördern.“
„Fliesst er bergauf?“ „Das weiss ich nicht.“
„Kann er bergauf fliessen?“ „Nein.“
„Wie fliesst er?“ „Bergab.“
„Warum fliesst der Fluss?“ „Das weiss ich nicht.“

Stimmen, damals als Gewissensstimmen bezeichnet, schlechte Nahrungsaufnahme, weil unwürdig, ausschliesslich autopsychische Angstvorstellungen und Unglücksgefühl. Leise Stimme, verlangsamte Antworten, jedoch nicht sichere subjektive Insufficienz. Allmählich überwiegend akinetisches, dann ausgeprägt motorisches Verhalten, wie oben geschildert.

Pat. stammt von einem Vater ab, der an Eifersuchtsideen und darauf bezügl. Beziehungswahn leidet, entwickelte sich normal, litt an Chlorose. Im Herbst 1897 8 Tage lang krank. Bild einer einfachen Angstpsychose.

Seitdem reizbar und streitsüchtig, was sie vorher nicht gewesen war. Seit 10. August 1898 wieder Angst und Beziehungswahnideen (Kolleginnen im Geschäft) geäussert, schlechter Schlaf, allmählich zunehmende intrapsychische Akinese bis zur Aufnahme. Hier die ersten Tage örtlich nicht voll orientiert.

An der vorgestellten Kranken fallen sofort gewisse Besonderheiten auf: 1. Das mehr als ungezwungene Benehmen und die gewöhnlichen Redensarten, deren sie sich bedient. Offenbar Nivellierung der Vorstellungen, aber ohne die sonstigen Zeichen der Manie. Macht den Eindruck des Degenerierten, der Depravation. 2. Der nicht maniakalische, sondern hyperkinetisch-parakinetische Bewegungsdrang. Pat. zeigt auch während der Isolierung in ihrem Zimmer überwiegend das gleiche Verhalten. 3. Eine auffallende Krankheitseinsicht und gute allopsychische Orientierung. Ihr ungezogenes Benehmen steht in einem gewissen Widerspruch dazu. 4. Die geäusserten Wahnideen beziehen sich überwiegend auf ihren Körper, die gereizte Stimmung findet in somatopsychischem Beziehungswahn ihre Erklärung. Zum Teil liegt ihr der Unwille über intellektuelle Ansprüche zu Grunde (Denkträgheit). 5. Es bestehen schwere Gedächtnisdefekte. Das Allgemeinbefinden ist stark reduziert.

Das Ergebnis der Demonstration erfährt eine Vervollständigung durch folgende Daten: Auf den Inhalt der zahlreichen Phoneme lassen gewisse Äusserungen der Pat. schliessen, welche seit Wochen gelegentlich geschehen. Sie stamme von anderen Eltern, sei eine Seejungfrau, sei 70 Jahre alt, habe 17 Kinder gehabt und umgebracht. Einmal äusserte sie auch auf Befragen darüber, es kämen ihr solche eigentümliche Gedanken ein (Primordialdelirien). Gelegentliches Auftreten von maniakalischen Symptomen: Euphorie, Rededrang, Ideenflucht, zeitweise wieder ängstliches und gereiztes Verhalten, Verbigerieren, immer etwas Hypermetamorphose. Schlaf und Ernährung nur mangelhaft.

Diagnose: Das besondere Interesse des Falles besteht darin, dass die Krankheit in verschiedenen Phasen abläuft, indem im Oktober 1898 ein ziemlich reines Bild der affektiven Melancholie bestand. Jetzt muss die Krankheit als komplizierte, hebephrenisch bedingte Motilitätspsychose bezeichnet werden. Von der eigentlichen Hebephrenie durch das Überwiegen von motorischen Symptomen im ganzen Krankheitsverlauf unterschieden.

Prognose: Ungünstig. Fortschreiten der autopsychischen Desorientirung und der Defektsymptome bis zum Blödsinn vorauszusehen.

17. Ida H . . . ., Kaufmannsfrau, 27 Jahre.

Klinische Vorstellung am 3. VI. 1899.

Die Pat., eine krank aussehende Frau von schlechtem Ernährungszustand, betritt langsamen Schrittes, mit zu Boden gesenkten Augen das Auditorium und nimmt auf Aufforderung auf einem Stuhle Platz. In den ersten 10 Minuten, während deren Prof. W. sich nicht mit ihr beschäftigt, sitzt sie, ohne sich zu rühren, etwas zusammengesunken und mit schlaff am Oberkörper herabfallenden Armen da, den Blick unbeweglich nach unten ins Leere gerichtet; sie nimmt keine Notiz von der Umgebung; ihr Gesichtsausdruck ist unbelebt, leicht deprimiert, dabei etwas starr. Lidschlag ist nur äusserst selten zu bemerken. Anfangs ist auf eindringliche, oft wiederholte Fragen keinerlei Antwort zu erzielen; sie schaut den Fragenden nicht an und zeigt keine Veränderung ihres Gesichtsausdruckes, nur ganz leichte Bewegungen der Lippen und Mundwinkel verraten zuweilen, dass sie sich Mühe giebt, eine Antwort hervorzubringen.

Aufforderungen, die Zunge zu zeigen, die Augen zu schliessen, die Hand zu heben, den Kopf zu drehen, Prof. W. die Hand zu reichen, aufzustehen, kommt sie immer erst auf eindringliches Zureden nach; dabei zeigen ihre Bewegungen keinerlei Abweichungen von der Norm, sondern geschehen, sobald Pat. erst einmal die Ausführung begonnen, richtig, wenn auch nur langsam. Auch hierbei bleibt ihr Gesichtsausdruck stets unverändert, ihr Blick ins Leere gerichtet.

Der Aufforderung, ein Stück Kreide zu nehmen und ihren Namen an die Tafel zu schreiben, kommt sie nach einigem Zögern nach, fügt sogar spontan ihren Mädchennamen dazu. Ihre Schriftzüge verraten deutlichen Tremor. Auf die Aufforderung, ihr Alter und die Wohnung dazu zu schreiben, schreibt sie: „25 Jahr, Lehmdamm.“ Die Frage nach der Hausnummer veranlasst sie zu ihrer ersten sprachlichen Äusserung: „weiss nicht“.

Alle weiteren an sie gerichteten Fragen beantwortet Pat. nunmehr mit leiser Stimme, meist erst auf mehrmaliges Zureden, jedoch stets ohne Prof. W. zu fixieren. Bei etwas komplizierteren Fragen bleibt sie die Antwort schuldig.

„Hat Sie das Schreiben angestrengt?“ „Ja.“

„Was ist ihr Mann?“ „Kaufmann.“

„Wie lange sind Sie verheiratet?“ „Ein Jahr.“

„Haben Sie schon ein Kind?“ „Nein.“
„Hat Ihr Mann Sie besucht?“ „Weiss nicht.“
„Wie lange sind Sie schon hier?“ „Weiss nicht.“
„Schon ein Jahr?“ „Ach nein.“
„Erst einige Tage?“ „Nein.“
„Kennen Sie mich?“ „Ich habe Sie schon gesehen.“
„Wer bin ich denn?“ „Weiss nicht.“
„Woher kennen Sie mich denn?“ „Von hier.“
„Wissen Sie, dass das ein Krankenhaus ist?“ „Ja.“
„Wissen Sie, was das für Herren sind?“ „Nein.“
„Wann war Ihr Hochzeitstag?“ „9. Dezember.“
„In welchem Jahr?“ „98.“
„Das wird wohl nicht richtig sein!“ Pat. schweigt.
„Und welches Jahr haben wir jetzt?“ „Weiss nicht.“
„In welcher Stadt leben wir hier?“ „Breslau.“
„Zu welcher Provinz gehört Breslau?“ „Schlesien.“
„Kennen Sie noch andere Provinzen?“ „Ja.“
„Nennen Sie welche!“ Pat. ist zu keiner Antwort zu bewegen.
„Wie alt ist Ihr Mann?“ „29.“
„Wie heisst er mit Vornamen?“ „Gustav.“

Die über den Kopf gelegte Hand nimmt Pat. alsbald zurück. Der passiven Bewegung des Rumpfes nach vorn setzt sie etwas Widerstand entgegen, nimmt jedoch dann in natürlicher Weise wieder ihre frühere Stellung ein. Schmerzhaftigkeit der Nackenmuskeln wie der übrigen Körpermuskulatur wird in Abrede gestellt. Passive Beweglichkeit der Arme normal.

Besprechung: In dem gleichen Zustande der Akinese, der bis zur Erschwerung der Nahrungszufuhr und Unsauberkeit führte, befindet sich Pat. schon seit längerer Zeit. Die Aufnahme in die Anstalt erfolgte am 21. I. 1899. Pat. soll von jeher nervös gewesen sein; seit Weihnachten vorigen Jahres war sie verstimmt, wollte Anfang Januar ins Wasser gehen. Nach einer starken Gemütsbewegung am 10. I. fielen ihre krankhaften Symptome mehr auf; sie blieb angekleidet auf dem Sopha liegen, antwortete nur auf eindringliche Fragen. Am 14. I. bekam sie des Nachts einen Erregungszustand, zerschlug Scheiben, wollte zum Fenster hinaus; äusserte, ein Mann sei im Zimmer, der sie verfolge; auf der Strasse ständen viele tausend Menschen, die ganz

anders aussehen als andere Menschen; dazu hypochondrische Klagen: sie hätte Kot im Leibe, könne nicht atmen.

In der Anstalt anfangs auch noch vorübergehend Erregungszustände und Angst, daneben abnorme Sensationen, man habe ihr etwas eingepumpt, ihre Hände seien ganz anders, der Speichel sei quittegelb und brennend, ihr Mund geschwollen, sie sei hypnotisiert und galvanisiert, könne deshalb nicht sprechen; ferner Gesichtsillusionen: die Kranken neben ihr seien Skelette, die Wärterin habe sich verändert, sei früher bucklig gewesen. Sie antwortete auf Fragen, die sie zu hören glaubte, und schaute ängstlich auf bestimmte Punkte, von denen die Stimmen kamen.

Allmählich nahm die Akinese zu; seit Anfang März ist Pat. mutacistisch, spricht nur gelegentlich bei aussergewöhnlichen Anlässen. Puls stets beschleunigt und weich.

Die Untersuchung der Reflexe ergab in der ersten Zeit Steigerung der Sehnenreflexe der unteren Extremitäten bei auffälliger Schlaffheit. Ende April waren sie verschwunden, gleichzeitig fand sich erhebliche Steifigkeit, jetzt Steifigkeit und starke Steigerung der Patellarreflexe. Die Pupillenreaktion, die anfangs erhalten war, ist seit Anfang März schlechter geworden; jetzt sind die Pupillen stark erweitert und fast ganz lichtstarr, verengern sich nur ein wenig bei centraler Beleuchtung mit dem Augenspiegel.

Ophthalmoskopisch hat sich am 16. V. ergeben: beginnende Atrophie der Papillen mit Zeichen voraufgegangener entzündlicher Vorgänge.

Diagnose: Akinetischer Zustand, bedingt durch intrapsychische Afunktion, Mangel an Impulsen. Initiativbewegungen und Expressivbewegungen fehlen fast gänzlich, Reaktivbewegungen erschwert. Totaler initiativer, meist auch reaktiver Mutacismus. Keine eigentlich motorischen Erscheinungen wie Flexibilitas, Pseudoflexibilitas. Beginn der Erkrankung mit Hallucinationen, Angst, schwerem Krankheitsgefühl und hypochondrischen Sensationen. Das Bild entspricht im allgemeinen dem der depressiven Melancholie.

Ätiologisch ist von Wichtigkeit die Angabe des Mannes, dass seine Frau einen Primäraffekt an den Genitalien gehabt habe. Den körperlichen Befunden nach, die als kombinierte Strangerkrankung des Rückenmarkes zu deuten sind, im Verein mit dem psychischen Verhalten könnte es sich um progressive Paralyse handeln, doch sprechen

die entzündlichen Veränderungen an den Papillen gegen Paralyse und für multiple Sklerose, die gelegentlich der Paralyse ganz ähnliche Krankheitsbilder bedingt und die gleiche syphilitische Ätiologie haben kann.

Zur Behandlung empfiehlt sich eine Schmierkur.

Prognose: Trotzdem zweifelhaft, fortschreitende Demenz und körperlicher Verfall wahrscheinlich.

---

18. Hedwig K . . . ., Brauersfrau, 31 Jahre.

Klinische Vorstellung am 7. VI. 1899.

Pat. ist eine unter mittelgrosse, mässig genährte Person von blasser Gesichtsfarbe. Der Gesichtsausdruck ist ratlos und ängstlich.

Als sie ins Auditorium hereingeführt wird, leistet sie einen gewissen Widerstand, indem sie sich mit dem Rücken hinten über neigt und gegen die Hände der Wärterin stemmt. Auch beim Setzen in den Stuhl verhält sie sich ablehnend. Sie beugt, als sie in diesen hineingesetzt wird, die Beine im Hüftgelenk nur sehr wenig, so dass sie mit nach hinten geneigtem aber nicht von der Stuhllehne gestütztem Oberkörper und nach vorn gestreckten Beinen in sehr unbequemer Haltung auf dem Sitze nur balanziert und von den sie haltenden Händen losgelassen nach wenigen Augenblicken mit dem Oberkörper nach vorne kommt und sich halb vom Stuhle erhebt. Aus dieser Stellung richtet sie sich nur langsam im Verlaufe mehrerer Minuten vollständig auf.

So lange sie sich selbst überlassen ist, verändert sie ihren Standplatz garnicht und behält auch ihre Körper- und Kopfhaltung unverändert bei. Nur die Arme, Hände und Finger, sowie die Gesichtszüge sind in beständiger nervöser Unruhe. Sie reibt die Handflächen langsam gegen einander und bringt dadurch die Finger in passive Überstreckung, beugt die drei letzten Finger und stemmt die Beeren der Zeigefinger und Daumen gegeneinander, so dass nur diese passiv gestreckt beziehungsweise abduziert werden. Sie faltet die Hände, nestelt an ihrer Jacke herum, streicht mit der linken Hand über ihre Haare, hebt die rechte Hand in Form der Schwurhand bis in Schulter- oder Köpfhöhe, legt sie an die Wange, ans Kinn oder auch über den Mund, so dass dieser sich zwischen Daumen und Zeigefinger befindet, dessen leicht gebeugtes erstes Interphalangeal-

gelenk unter die Nase gerät. Ihre Augen gehen rastlos hin und her. Ihre Lippen sind in fortwährender Bewegung, ohne jedoch vernehmbare Laute zu formen. Auch Kau- und Schluckbewegungen kommen vor.

Alle diese Bewegungen tragen den Stempel höchster Fassungslosigkeit und den angstvoller Verlegenheit und geschehen in einem langsamen Tempo. Nur hin und wieder durchzuckt es ihren Körper blitzartig, die Augen scheinen plötzlich durch einen im peripheren Gesichtsfeld erscheinenden Gegenstand festgehalten, die etwas beschleunigte Atmung setzt aus, oder wird stossweise, etwas keuchend, und die Hand, die sie vielleicht gerade an die Wange legen will, steht einen Moment wie gebannt still. In der Regel macht Pat. dann auch einige Drehungen des Kopfes, als wollte sie sich nach etwas umsehen.

Wird sie zu Reaktivbewegung veranlasst, so steigert sich ihre Bewegungsunruhe in dem Masse, als sie gedrängt wird. Die Atmung wird keuchend, und die sich selbst überlassen absolut stumme Pat. stösst wimmernde Laute aus.

Auf Fragen, die sie beantworten soll, bewegt sie zunächst die Lippen lebhafter, schaut einen Augenblick den Frager an und versucht zu sprechen. Es gelingt ihr dies aber meistens nicht. Gewöhnlich kommt es nur zu unverständlichen Lauten. Gelingt es ihr einige Worte zu formen, so zerhackt sie die Vokale infolge eines grobschlägigen Stimmtremors. Dann wird es deutlich, dass sie den Sinn der Fragen kaum je erfasst. Meist wiederholt sie mit fragendem Tonfall eins oder einige der Hauptworte der Frage.

„Wie alt sind Sie?“ „I . i . i . ich bin . . . . . ä . ä“ (als die Frage mehrfach wiederholt wird, sieht sie den Frager wie erstaunt kurz an, bewegt die Finger unruhiger und bringt sie bald an die Wange bald an den Mund.)

„Wissen Sie, wie alt Sie sind?“ „Sie . i . i . ben . . . . .“

„Wie alt sind Sie?“ „Zwanzig.“ (kaum verständlich.)

„Sind Sie 27?“ (Ein Laut der „ja“ bedeuten könnte.) (Pat. ist 31 Jahre alt.)

„Sind Sie verheiratet?“ „Ja.“

„Was ist denn Ihr Mann?“ „Mei . . . ei . . ein Mann?“

„Nun was ist Ihr Mann?“ „. . . . . Mein Mann?“

„Was ist Ihr Mann?“ „. . Mein Mann?“

„Ist er Schuster?“ „. . Schuster?“

„Ist er Schuster?“ (Blickt zu Boden.)

„Was ist Ihr Mann?“ „Mein Mann de . . e . e . e.“

„Ist er Schuster?“ „Schuster?“

„Schneider?“ „. . Schneider?“ (beschleunigte Atmung.)

„Lebt Ihr Mann noch?“ „Mein Mann der . . . lebt . .“

„Lebt er oder nicht?“ „Mein Mann . . . der . . .“

„Nun lebt Ihr Mann?“ „Der . . ist . . .“

„Was ist Ihr Mann?“ „Mein Mann . . . der war.“ (Reiben mit der rechten Hand am Leibe.)

„Haben Sie Angst?“ „Ja . . . Ich bin.“

„Haben Sie Angst?“ (Pat. wird leicht auf den Rücken geklopft, um sie zum Antworten aufzurütteln.) (Beschleunigte keuchende Atmung.) „Ja . a . a . . . a .“

„Wo steckt die Angst?“ . . . . . .

„Lebt Ihr Mann noch?“ „Mein Mann i . i . i . ist zu Hause.“

„Wollen Sie nach Haus zurück!“ „ . . . . zu Hause?“

„Sagen Sie mal ja!“ „Ja . . . ich . will!“

Alle Handlungen, zu denen sie aufgefordert wird, vollführt sie in zögernder, unsicherer Weise, wie tastend, oft, schon nahe am Ziel, zur Ausgangsstellung zurückkehrend und häufig schon ausgeführte Bewegungen wiederholend.

Sie wird mehrmals aufgefordert, die Hand zu geben. Sie sieht ihre Hand an, sieht den Prof. an, zuckt mehrere Male mit der Hand, hebt sie langsam mit vorgestrecktem Zeigefinger in die Höhe und würde wohl nicht in Berührung mit der Hand des Prof. W. kommen, wenn dieser nicht die seinige ihr sehr näherte. Als sich beide Hände berühren, hebt Pat. ihre Hand in Form der Schwurhand weiter bis zur Kopfhöhe.

Es wird ihr die Kreide gezeigt und benannt, sie spricht auf Aufforderung tonlos das Wort Kreide nach.

Sie soll die auf dem Tisch liegende Kreide aufheben. Sie thut wie versuchsweise einen Schritt gegen den Tisch, zieht den Fuss wieder zurück, streckt langsam die Hand nach der Kreide aus, zuckt wieder zurück, lässt den Arm sinken, streckt ihn nochmals nach der Kreide, berührt sie mit den Fingern, zuckt wieder zurück, fasst die Kreide, lässt sie wieder los, endlich hält sie sie zwischen Daumen und Zeigefinger.

Sie wird viermal aufgefordert, die Kreide Prof. W. zu geben. Dann erst zeigt sich die Reaktion. Sie schaut die Kreide an, sieht auf Prof. W., dem sie ihre rechte Seite zuwendet, thut einen zögernden Schritt gegen ihn hin, nimmt die Kreide aus ihrer linken Hand in die rechte und nähert diese langsam, mehrmals innehaltend der Hand von Prof. W. legt aber die Kreide nicht in diese, sondern macht nur Versuche, ihre Finger von der Kreide loszulassen, lässt sie auch los, fasst sie aber gleich wieder, kurz sie behält sie schliesslich in der Hand.

Ganz ähnlich verhält sie sich, als sie die Kreide auf den Tisch zurücklegen soll. Sie macht wieder einen Schritt zurück, nimmt die Kreide aus der rechten in die linke Hand und legt sie schliesslich nach mehrmaligem Zögern ganz auf die Tischkante.

Beim Aufheben eines Taschenbuchs vom Fussboden ist ihr Verhalten ganz ähnlich.

Sie soll zum Bett gehen und sich hineinlegen. Zögernd, Schritt für Schritt begiebt sie sich hin, lehnt mit dem Rücken gegen dasselbe, aber ist nicht zu bewegen, sich hineinzulegen. Sie wird dann in das Bett gelegt, streckt sich aber nicht aus, sondern hält ganz wie anfangs beim Sitzen die Beine steif, leicht gebeugt im Hüftgelenk, fest und stösst unverständliche wimmernde Laute aus.

Auf einen Stuhl steigt sie, natürlich in ihrer zögernden Weise, mit Unterstützung hinauf, kann aber nicht herunter. Als sie dringend zum Heruntersteigen aufgefordert wird, wird ihre Atmung krampfhaft beschleunigt, sie stellt bald den einen bald den anderen äusseren Fussrand dicht an den Rand des Sitzes, gerät ins Schwanken, und würde, wenn man sie nicht fest hielte, herunter fallen. Endlich lässt sie sich ungeschickt vom Stuhle herunter fallen, so dass sie aufgefangen werden muss.

Besprechung: Pat. ist erblich nicht belastet und hat sich als Kind normal entwickelt. Seit Januar 1898 wurde sie vergesslich, klagte viel über Kopfschmerzen, wurde ängstlich und fing an stockend zu sprechen. Doch hat sie noch bis Mitte April ihren Haushalt versehen. Dann stellte sie ihre Thätigkeit ein, wollte nichts essen und trinken und sagte, man wolle sie vergiften. Die letzten Tage stand sie mit erhobenen Armen mit dem Rücken fortwährend an der Thür: sie müsste ins Wasser treten, wenn sie fortginge. Sie hat 3 Nächte

vor ihrer Aufnahme gar nicht geschlafen und fuhr bei jedem Geräusch zusammen.

In der Anstalt ist ihr Verhalten dauernd das gleiche, das sie bei der klinischen Vorstellung zeigte. Sie war nur in den ersten Tagen unsauber, wäscht sich selbst, wenn man sie vor die Waschschüssel stellt, und nimmt meist ohne Unterstützung Nahrung zu sich. Schlaf schlecht.

Einige Male hat sie autopsychische Angstvorstellungen geäussert: Ihr Mann sei tot, ihre Sachen seien ihr weggenommen worden. Sie gab an, beständig Stimmen zu hören. Örtlich war sie immer orientiert.

Am 28. IV. wurden von bemerkenswerten körperlichen Symptomen festgestellt. Linke Pupille grösser als die rechte. Lichtreaktion träge. Patellarreflexe gesteigert.

Es handelt sich um das typische Bild der motorischen Ratlosigkeit infolge einer parakinetischen Identifikationsstörung auf der psychomotorischen Bahn *ZM*. Der Patientin schweben wohl die richtigen motorischen Zielvorstellungen vor, sie hat auch den guten Willen sie auszuführen, aber sie kann nicht. Es gelingt ihr nicht, von den Zielvorstellungen aus die entsprechenden in den motorischen Rindengebieten lokalisierten Bewegungsvorstellungen zu innervieren, es kommt nur zu halb unwillkürlichen Verlegenheitsbewegungen auf allen motorischen Gebieten, das sprachliche eingeschlossen.

Diagnose: Akinetisch-parakinetische Motilitätspsychose wahrscheinlich paralytischer Ätiologie.

---

19. Gustav D . . . ., Techniker, 29 Jahre.

Klinische Vorstellung am 7. VI. 1899; vergl. vor. Sem. Fall 31.

Pat. ist ein im vorigen Semester vorgestellter Kranker. Sein äusseres Verhalten ist ganz dasselbe geblieben, doch fällt der ersten Vorstellung gegenüber auf, dass er seinen Affekt etwas mehr beherrschen kann und mit seinen damals unumwunden geäusserten Wahnideen mehr zurückhält. Bringt man ihn darauf, so weicht er aus und bittet ihn damit in Ruhe zu lassen. Dass er sie trotzdem festhält, verrät er dennoch, sobald er in Erregung gerät. Er hat aber einsehen gelernt, dass es für ihn vorteilhafter ist damit zurückzuhalten: „Sie werden mich doch nicht für so wahnsinnig halten, dass ich damit auftrete, wenn ich klar und offen sehe, wozu das führt."

Pat. soll in den nächsten Tagen in eine Provinzialirrenanstalt überführt werden und ist darüber sehr aufgebracht, da ihm für den Fall, dass er nicht öffentlich auftrete, der „Primär H.“ seine Entlassung versprochen habe.

Prof. W.: „Sie meinen wohl „Primärarzt“?“ „Wenn ich „Primär“ sage, so ist das vielleicht eine göttliche Eingebung, darunter kann man sich doch das Richtige vorstellen, das ist, als wenn ich für Premierleutnant „Premier“ sage. . . . Wenn übrigens der Staatsanwalt das alles als Schwindel und Lüge bestraft hätte, so hätte ich vielleicht einige Wochen Gefängnis bekommen, hier aber bin ich schon 9 Monate.“

Die Funktionen des Staatsanwaltes und Richters kann er nicht scharf auseinanderhalten und macht, als er auf diese Lücke seines Wissens aufmerksam gemacht wird, ausweichende Redensarten.

„Was meinten Sie denn vorhin mit dem „öffentlich auftreten“?“ „Na zum Donnerwetter, ich habe nämlich eines Nachts geschlafen, und da war mir, als wenn der P. zu mir ins Bett kam und mich päderastieren wollte, und da habe ich den Satan gesehen und gebändigt und besiegt, nachdem ich natürlich den P. hinausgeschmissen hatte. Am nächsten Tage hat er es eingestanden, aber es ist möglich, dass er es unbewusst eingestanden hat, denn ich sage eben, der Satan ist der Verführer. Ich aber habe ihn als heiliger Erzengel Uriel besiegt und bestehe darauf, dass ich ihn als Gottesgesandter besiegt habe.“

Über sein Verhältnis zu seinem Vater will er sich nicht aussprechen, giebt aber schliesslich auch dieses Mal wieder zu, dass er ihn nur als seinen Pflegevater ansehen könne, und dass er in ähnlicher Weise wie Jesus Christus vom heiligen Geiste stamme.

Über seine schon damals hervorgehobenen kataleptischen Zustände macht er weitere Angaben noch dahin, dass er solche Krampfzustände schon von Jugend auf gehabt habe: „Als Knabe fühlte ich, wenn ich einschlief, wie der Teufel an meinem Bette stand; da bekam ich ein Angstgefühl und einen besinnungslosen Zustand, als wenn ich sterben müsste.“ Dieselbe Angabe findet sich auch schon in der von ihm verfassten Lebensgeschichte aus dem vorigen Jahr.

„Wann hatten Sie den letzten Krampfanfall?“ „Seit einigen Jahren nicht mehr; ich hatte wohl noch welche, aber die hatten mit dem Teufel nichts mehr zu thun. Der letzte war vor 8—14 Tagen, während ich im Einschlafen begriffen war. Ich wollte einschlafen und da bekam ich auf einmal diesen dem Starrkrampf ähnlichen Zustand.“

„Wann das vorletzte Mal?“ „Als ich noch in Kempen war; ich wachte darüber aus dem Schlafe auf und konnte mich nicht regen.“

„Wie lange dauerte das?“ „Nur einige Sekunden.“

„Hören Sie noch Stimmen?“ „Nein, die höre ich nicht, aber das hängt ganz von mir ab.“

„Dann bitte hören Sie sie doch einmal jetzt.“ „Nein, ich will mich in den Zustand nicht versetzen, lassen Sie mich damit in Ruhe.“

„Seit wann hören Sie keine Stimmen mehr.“ „Das hängt ganz von mir ab.“

„Wann haben Sie das letzte Mal welche gehört?“ „Das habe ich nicht nötig Ihnen zu sagen.“

„Also vor kurzem?“ „Ja, vor kurzem, augenblicklich höre ich sie wieder.“

„Sie halten das für eine besondere Begabung?“ „Ja, weil ich durch diese Stimmen weiss, was sich ereignet; das trifft mitunter zu.“

Er unterscheidet zwischen Stimmen, die eintreffen: Gottes Stimmen, und solchen, die ihm falsches vorhersagen: Stimmen vom Teufel.

Pat. giebt unwillig zu, dass er noch Beschimpfungen höre, dass man, was er thue, bespreche und ihn beobachte.

An die von ihm erfundene Maschine (Perpetuum mobile) erinnert, ruft er: „Ja, sie funktioniert, und schon deshalb können Sie mich nicht in eine Irrenanstalt schicken. Und ich habe Ihnen ja schon gesagt, wenn die Maschine nicht funktioniert, dann will ich glauben, dass ich nicht der Gottgesandte bin.“

Es wird die Rede auf das Gesetz von der Erhaltung der Kraft gebracht, dabei kann er die geläufigen Ausdrücke: Gesetz von der Konstanz der Energie und Erhaltung der Kraft nicht finden, obwohl sie ihm durch Nennung der Schlagworte „Konstanz der . . . . .“ und „Erhaltung der . . . . .“ nahe gelegt werden.

Den Pythagoraeischen Lehrsatz kann er zwar nennen, wird aber unwillig, wie ihm zugemutet wird, denselben zu beweisen. Der sei so einfach, dass man ihn nicht zu beweisen brauche, auch habe er an andere Dinge zu denken.

Das ihm aufgegebene Wort Assurbanipal kann er nach 10 Minuten noch wieder nennen.

Als zum Schluss einige der Studierenden über seine Äusserungen lächeln, gerät er in Affekt: „Wer darüber lacht, der ist ein dreckiger Schweinhund, ein scheusslicher, widernatürlicher Sodomit.“

Von der Thür kehrt er noch einmal zurück, stellt sich vor das Auditorium hin und ruft mit lauter Stimme: „Ich bin der Gottesgesandte"; dann geht er langsamen, würdevollen Schrittes hinaus.

Besprechung: Keine wesentliche Progression des Krankheitsbildes seit der ersten Vorstellung. Vielmehr deutet die grössere Selbstbeherrschung und Zugänglichkeit, die Pat. seit mehreren Wochen zeigt, eine gewisse Remission an; auch die damals schon in ihren ersten Anfängen sich zeigende Desorientierung auf allopsychischem Gebiet (in Form konsekutiver Verfolgungsideen) hat nicht weiter zugenommen.

Trotzdem bleibt die Prognose ungünstig. Allmählich werden sämtliche drei Gebiete des Bewusstseinsinhaltes befallen werden, wenn nicht Schübe von akuten Motilitätspsychosen den Verlauf noch beschleunigen.

Dauernder Anstaltsaufenthalt scheint geboten.

Gegenüber der Frage, wieweit in solchen Fällen das Bestehen eines selbständigen Schwachsinnes anzuerkennen ist, ist zu bemerken: Die bei dem Kranken vorhandenen Gedächtnisdefekte sind vielleicht nicht als krankhaft zu deuten; indem der Pat. sich immerwährend mit seinen Wahnideen beschäftigt, stumpft er sich ab für alle anderen Interesssen und verliert einen Teil seines früheren Gedächtnismaterials, ein Vorgang, der auch im normalen psychologischen Leben Analoga findet.

---

20. Wilhelm W . . . ., Weichensteller, 43 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. VI. 1899; vergl. vor. Sem. Fall 20.

Pat. zeigt wie bei der ersten Vorstellung (am 21. I. 1899) ein in jeder Beziehung formal geordnetes Verhalten. Besonders zu betonen ist sein ganz aussergewöhnliches Gedächtnis für Daten. Von jedem Geschehnis aus der Zeit seiner Krankheit nennt er meist bis auf die Stunde genau die Zeit, ohne sich je zu irren. Die Angaben, die er bei der vorigen Vorstellung gemacht hat, bestätigt er bis ins einzelne und giebt auf Befragen einige genauere Erklärungen und Vervollständigungen. Der Zustand ist absolut stabil geblieben.

Es folgt zunächst eine nähere Ausführung über einige schon früher angegebene körperliche Sensationen.

„Sie sagten, im Schlafe sei Ihnen der Hals aufgeschnitten worden?“ „Das war am 28. IX., aber ich habe nicht geschlafen. Es war gerade, als ob einer mit der Messerklinge hineinführe. Da ging die Luft heraus, und der Körper fiel zusammen. Ich konnte mich aber nicht befühlen. Die Arme waren ganz steif, der linke hat sich so in die Höhe gezogen; auch die Beine kriegte ich nicht in die Höhe. Dann wurde zuerst auf die Kreuzwirbel geklopft und dann auf das Kinn. Da konnte ich den Mund aufmachen und die Zunge hervorstrecken, was ich vorher nicht konnte. Hätte ich die Arme bewegen können, so hätte ich meinen Körper anfühlen können.“

Pat. giebt mit Bestimmtheit an, dass er die ersten körperlichen Sensationen am 16. XII., die ersten Phoneme am 25. XII. 1897 wahrgenommen hätte. Die Phoneme lokalisiert er mit grosser Genauigkeit. Sie kommen bald von seinem Scheitel, bald aus anderen Richtungen. Auffällig ist es, wie er auf Fragen nach seinen Gehörstallucinationen häufig eine Schilderung körperlicher Sensationen giebt, oder umgekehrt, über letztere befragt, von jenen zu erzählen anfängt.

Folgender Teil des Krankenexamens diene zur Erläuterung.

„Haben Sie Schimpfworte gehört?“ „Die haben sich wieder verloren.“

„Hören Sie auch angenehme Dinge?“ „Seit dem 16. VIII. 1898 nicht mehr.“

„Was hörten Sie damals?“ „Im Körper habe ich das weniger gespürt.“

„Was für Dinge waren das, die Ihnen Freude machten?“ „Es war durch Frauenzimmer.“

„Was haben die gesagt?“ „So unziemliche Redensarten. Ich hatte die Hände auf dem Bett liegen und hörte da so verschiedene Redensarten, Schweinereien, und sehe doch niemand. Ich dachte, was mag denn das sein.“

„Sie hatten auch Gefühle an den Geschlechtsteilen?“ „Ja, ich deckte die Bettdecke auf und liege ganz ruhig da, auf einmal geht der Same von selbst heraus und ich sehe, wie er an den Beinen herunterläuft.“

„Sie meinen, das sind Frauenzimmer gewesen?“ „Ja, der Stimme nach waren es Weiber.“

„Sie haben auch gehört, man will sie umbringen?“ „Ja.“

„Auch hier in der Anstalt?“ „Nein umbringen weniger; ich habe aber draussen so ein Klopfen im Garten gehört, als wenn einer Pfähle einrammte.“

„Das ging auf Sie?“ „Ja, im Körper und im Kopf habe ich es gespürt, nicht immer auf derselben Stelle; als wenn ich mich so auf die Hände klopfe; das geht dann auf den Körper durch den Luftschlag. Das fährt so im Körper herunter, bald warm, bald kalt.“

„Sie haben auch erzählt, auf dem Rücken wäre Ihnen Wasser abgezogen worden?“ „Ja, zu Haus, als ich im Bette lag. Das Wasser lief so herunter, als ob es Blut wäre, es war aber kalt, und da sagte einer zum andern: Wenn Du willst kaltes Wasser draufgiessen, wird er es bald gewahr; Du musst warmes nehmen.“

Viele seiner Sensationen sind eben von Phonemen erklärenden Inhaltes begleitet, so dass er beides nicht scharf auseinander hält.

Jetzt hört er weniger Stimmen, nur noch ein Pfeifen unter dem Kopfkissen, nicht wenn er ruhig liegt, wohl aber wenn er den Kopf bewegt. In dem Pfeifen versteht er die Worte „so deutlich, als ob sie gesprochen würden“.

Ganz wie bei der ersten Vorstellung ist er ohne Affekt. Angst habe er überhaupt wenig gehabt, mehr nur ein Schwitzen, und auch das habe sich bald nach seiner Aufnahme in die Anstalt verloren.

Pat. glaubt immer noch, dass der Schutzmann G. alle Verfolgungen gegen ihn veranlasse, hält diesen aber keineswegs für seinen Feind oder ist erzürnt auf ihn. Im Gegenteil, er erinnert sich sogar, ihn einmal auf der Strasse getroffen und mit ihm in aller Freundschaft verhandelt zu haben.

Wiederholte und eindringliche Fragen nach Grössenideen ergeben, dass Pat. davon völlig frei ist.

Besprechung: Anamnestisch ist noch nachzutragen, das man am 1. XI. 1898 zum ersten Male an dem Pat. einen wenige Tage dauernden Erregungszustand mit Schimpfparoxysmen beobachtete. Pat. war dabei ablehnend, ja aggressiv, zerschlug Fensterscheiben und warf mit dem Essgeschirr. Solche Anfälle, immer von nur kurzer Dauer, sind dann etwa alle 4—5 Wochen einmal wiedergekehrt, so dass dann jedes Mal eine Verlegung nach der Unruhigen-Station nötig wurde.

Im grossen und ganzen ist der Befund noch der gleiche, wie zur Zeit der früheren Vorstellung.

21. Martha G . . ., Köchin, 30 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. VI. 1899.

Pat. ist eine schlecht genährte, stark anämisch aussehende Person mit mattem, dabei ängstlichem Gesichtsausdruck; sie giebt mit eintöniger, leiser, jammernder Stimme ihre Antworten, sitzt zusammengesunken mit gesenktem Kopf auf den Stuhl; ihre seltenen Bewegungen sind langsam und müde.

Sie sträubt sich leicht, das Auditorium zu betreten, jammert dabei in monotoner Weise:

„Ach je, je, wie wird mir's jetzt ergehen, ach Jesus, Jesus, ach wie wird mir's ergehen, ach, ach, lieber Herr, lassen Sie mich nur heraus."

Pat. ist schwanger im IX. Monat, der Vater des Kindes ist ihr Schwager. (Mann ihrer Schwester.)

Über ihre Personalien, sowie örtlich und zeitlich ist sie gut orientiert.

„Habe ich schon einmal mit Ihnen gesprochen?" „Ja."

„Wann war das?" „Gestern."

„Wer bin ich?" „Das weiss ich nicht."

„Weshalb habe ich mit Ihnen gesprochen?" „Weil ich gesündigt habe."

„Worüber klagen Sie?" „Dass ich gesündigt habe."

„Haben Sie Schmerzen?" „Ja, im Leibe."

„Was ist denn da?" „Weil ich gesündigt habe."

„Wieso haben Sie gesündigt?" „Das ist eine grosse Sünde."

„Was ist denn Ihr Hauptleiden?" „Weil ich mit meinem Schwager das habe gethan."

„Ihr Schwager wird sich doch des Kindes annehmen?" „Ach lieber Gott, lieber Gott! Hätte ich jemals das gedacht, ach hätte ich jemals das gedacht. Ach je, ach je, ach je."

„Haben Sie Angst?" „Ja."

„Wo steckt die Angst?" Pat. zeigt auf das Epigastrium.

„Ist die Angst immerfort?" „Fortwährend."

„Aber manchmal weniger, manchmal mehr?" „Ja, sie lässt manchmal nach, ein bischen."

„Und wenn Sie Angst haben, was denken Sie denn?" „Dann denke ich immer, dass ich die grosse Sünde begangen habe."

„Kommen Ihnen da noch andere ängstliche Gedanken?“ „Nein.“ Seufzt: „Ach, würde ich doch nicht hingerichtet werden.“

„Hat man Ihnen damit gedroht?“ „Ja.“ — Wieder aufseufzend: „Da ginge ich doch nicht ganz verloren, wenn ich die Sünde nicht gethan hätte.“

„Glauben Sie denn, dass darauf die Hinrichtung steht, wenn ein Mädchen ein Kind bekommt?“ „Ja, weil die Sünde doch nicht zu vergeben ist.“

„Wie lange sind Sie hier?“ „Seit Sonnabend.“

„Was ist das für ein Haus?“ „Die Irrenanstalt.“

„Haben Sie gemerkt, dass unten Irre sind?“ „Ja.“

„Sind Sie denn irre?“ „Es muss doch sein, wie wenn ich irre bin gewesen, denn so ein altes Mädchen kann doch das nicht thun; ich muss doch nicht bei Verstand gewesen sein, sonst hätte ich es nicht gethan.“

„Ist denn Ihr Schwager schuld?“ „Ich habe mich doch gewehrt.“

„Wie sind die anderen Kranken zu Ihnen?“ „Die sind böse.“

„Wieso?“ „Dass ich das habe gethan.“

„Machen die schlechte Redensarten?“ „Ja.“

„Was reden die auf Sie?“ „Schimpfworte.“

„Hure?“ „Ja.“

„Was denn sonst?“ „Weiter nichts.“

„Können Sie ordentlich denken?“ „Nein.“

„Wieso nicht?“ „Weil ich keine Seele mehr habe.“

„Was heisst denn das?“ „Jeder Mensch hat doch eine unsterbliche Seele.“

„Und Sie doch auch?“ „Nein, weil ich so gesündigt habe.“

„Was sind denn das hier für Herren?“ „Das ist das Gericht.“

„Halten Sie mich für den Richter?“ „Ja.“

„Und die Herren?“ „Das weiss ich nicht.“

„Wenn Sie Angst haben, kommt Ihnen da die Absicht, sich das Leben zu nehmen?“ „Jetzt nicht mehr.“

„Und weshalb wollten Sie sich das Leben nehmen?“ „Weil ich der grossen Strafe entgehen wollte.“

„Hören Sie Stimmen?“ „Nein.“

„Sie haben doch Schimpfworte gehört?“ „Ja.“

„Haben die Ärzte auch geschimpft?“ „Nein.“

„Haben die Wärterinnen gedroht?“ „Ja.“

„Was haben sie denn gedroht?“ „Dass ich schon so alt bin.“
„Wird auch über das gesprochen, was Sie thun?“ „Nein.“
„Werfen Ihnen die Kranken unfreundliche Blicke zu?“ „Ja.“
„Und die sprechen auch über Sie?“ „Ja.“
„Warum haben Sie denn eine Zeit lang nicht gegessen?“ „Ach, ich hatte keinen Hunger.“

Besprechung: Pat. früher oft kränklich. Hielt in ihren Stellungen nirgends lange aus. Seit Oktober ausser Stellung. Wohnt seit der Zeit bei ihrer verheirateten Schwester. Vor der Erkrankung eine Auseinandersetzung mit der letzteren. Machte einen Selbstmordversuch durch Erhängen, drohte, sich die Pulsadern aufzuschneiden.

Krank seit 3 Tagen; warf sich an die Erde, jammerte viel. Selbstvorwürfe: sie sei eine Ehebrecherin, habe ihre Mutter unglücklich gemacht. Ist ängstlich. Will beim Transport aus der Droschke springen. Allopsychische Angstvorstellungen: „Jetzt steht der Wagen da, jetzt holen sie mich;“ sie glaubt, sie kommt hier vor ein Kriegsgericht, wird mit der Kanone erschossen werden, hat die Soldaten schon heute früh gesehen, hat ein Licht in der Kaserne brennen sehen, dort sitze das Kriegsgericht über sie.

Sie behauptet schon während der ganzen Schwangerschaft ängstlich gewesen zu sein; Angstgefühl lokalisiert im Epigastrium.

In der Anstalt nimmt in den ersten Tagen die Unruhe noch zu. Pat. ringt die Hände, will sich die Haare ausraufen, sich zum Bett hinausstürzen. Ihre Angstvorstellungen drehen sich alle um ihre Gravidität. — Muss einige Tage lang mit der Sonde gefüttert werden, wehrt sich dabei. Seit 2 Tagen isst sie wieder. — Jammert in stereotyper, monotoner Weise.

Diagnose: Angstpsychose. Beginn der Erkrankung ganz akut im Anschluss an körperliche Schwächung durch die Gravidität, schlechte Nahrungsaufnahme, schliesslich eine starke Emotion. Das Angstgefühl nicht kontinuierlich, sondern mit Inter- resp. Remissionen. Es ist lokalisiert. Auto- und allopsychische Angstvorstellungen, auch in Form desorientierender Phoneme auftretend. Beziehungswahn. Orientierung gut erhalten, nur wird infolge des Affektes das Auditorium für ein Gericht gehalten. Die Monotonie ihrer Äusserungen gewinnt zeitweilig einen verbigeratorischen Anstrich.

Prognose solcher Fälle an sich günstig, aber insofern unsicher, als eine weitere Entwickelung des Krankheitsbildes, namentlich nach motorischer Richtung möglich ist. Die bevorstehende Geburt bedeutet eine schwere Schädigung für den weiteren Krankheitsverlauf.

---

22. Luise M . . . ., Dienstmädchen, 58 Jahre.

Klinische Vorstellung am 10. VI. 1899; Vergl. vor. Sem. Fall 8.

Die Kranke ist körperlich sehr herabgekommen. Ihr Gesichtsausdruck ist freier als bei der letzten Vorstellung. Sie blickt, nach dem Niedersitzen im Auditorium umher und nimmt dann eine schlaffe Haltung ein, mit gesenktem Kopf und im Schosse gefalteten Händen, die sie während der ganzen Vorstellung beibehält. Der Mund ist etwas breit gezogen, die Unterlippe vorgeschoben — eine Verzerrung, die als Residuum lange Zeit bestehender, unwillkürlicher Lippenbewegungen, einer Art Schnauzkrampf, aufzufassen ist. Auch jetzt ist dies Symptom, wenn auch nur andeutungsweise, noch vorhanden: Wenn sie nicht spricht, schiebt sie häufig die Lippen aneinander vorbei, macht den Mund spitz und zieht ihn wieder breit.

Die wippenden Körperbewegungen und das spontane, rhytmische Stöhnen, die das vorige Mal an ihr beobachtet wurden, sind verschwunden.

Auf Fragen antwortet sie langsam mit leiser, weinerlicher Stimme und kraftloser, fast verwaschener Artikulation, so dass sie nur schwer zu verstehen ist.

In genau derselben Weise wie im November 1898 verkennt sie auch heute die Situation. Auch die auto- und allopsychischen Angstvorstellungen und das schwere Krankheitsgefühl bestehen noch unverändert.

Neu ist, dass sie diesmal die Frage nach beschimpfenden Phonemen bejaht, die sie auf ihre Umgebung projiziert. Sie hört sich Hure nennen, und dementsprechend spielt bei ihr die Selbstbezichtigung des geschlechtlichen Verkehrs mit Männern eine Hauptrolle.

Sie glaubt auch, dass sie durch Medikamente vergiftet werden solle.

Sie fühlt sich sehr schwach und krank. Auf Suggestivfragen giebt sie zu, sie könne schlecht sprechen, die Zunge sei schwer beweglich. Ihr ganzer Körper sei krank, alles sei böse. Vom vielen Denken habe ihr Verstand gelitten. Das Blut fliesse nicht mehr ordentlich in den Adern, das Herz schlage nicht mehr.

Besprechung: Nach der Vorstellung im vorigen Semester hat der Angstaffekt noch zugenommen. Zugleich gesellte sich zu dem Wippen und den Klagelauten noch ein rhythmisches Hervorstrecken der Mundpartie. Zu dieser Zeit äusserte sie ganz phantastische Angstvorstellungen: Sie hätte den Kaiser ermordet, ihn in schwarzen Kleidern mit einem schwarzen Kreuze über das Wasser gehen sehen. Sie fürchtete vergiftet zu werden, die Nahrungsaufnahme wurde ungenügend. Sie hörte viel Stimmen, ging viel ausser Bett. Schlaf nur auf Hyoscin und Morphium. Ende März lassen die motorischen Äusserungen der Angst etwas nach und stellen sich besonders nur dann noch ein, wenn der Arzt sie befragt.

Anfang April sagte sie, sie könnte nicht sprechen, man hätte ihr den Mund verklebt. Zugleich wieder mehr Angstäusserungen.

Erst Ende Mai wurde Pat. wieder ruhiger, musste aber noch mit dem Löffel gefüttert werden, bei welcher Gelegenheit sie regelmässig in ängstliche Erregung geriet.

Erst wenige Tage vor der jetzigen Vorstellung trat der andauernd ruhige Zustand ein, der jedoch zugleich mit Erschöpfung einhergeht, so dass jetzt die eigentlich motorischen Symptome geschwunden sind. Pat. verlangt nach mehr Essen, schläft viel, auch bei Tage, und besorgt sich selbst.

Die Gewichtskurve ist bis zum 19. Mai von 46 auf 31 kg gesunken und verharrt bis jetzt auf dieser Höhe.

Diagnose: Das Bild der Angstpsychose ist seit $^1/_2$ Jahre bestehen geblieben. Die schon bei der vorigen Vorstellung vorhandene Desorientierung auf allopsychischem Gebiet hat Fortschritte gemacht: Sie glaubt vergiftet worden zu sein, Gift wäre schuld an ihrem Zustande. Hauptsächlich aber ist sie jetzt somatopsychisch desorientiert. Es handelt sich nunmehr um eine Angstpsychose mit somatopsychischer Desorientierung oder hypochondrische Angstpsychose. Bei dem schwer reduzierten Kräftezustand ist die Prognose selbst quoad vitam zweifelhaft; im übrigen liegt immer noch ein heilbarer Zustand vor.

---

23. Frau D . . . ., Eisenbahnsekretärs-Witwe, 51 Jahre.

Klinische Vorstellung am 14. VI. 1899.

Die Kranke ist eine körperlich recht herabgekommene Frau, mit völlig ergrautem Haar, trotz eben erst erreichten Klimakteriums. An

der rechten Handbeuge hat sie eine, an der linken 2 quer verlaufende Narben, die von verschiedenen Selbstmordversuchen aus den Jahren 1884 und 1897 herrühren. Diese Schnitte haben auch die Nervenstämme der Hand durchtrennt und besonders rechts im Gebiete des Ulnaris Muskelschwund und Kontraktur, sowie Verlust der Sensibilität zur Folge gehabt. Das Endglied des rechten Zeigefingers fehlt; sie hat es, wie sie selbst bestätigt, in einem Anfalle hochgradiger Angst zur Zeit ihrer ersten Erkrankung abgebissen und verschluckt. Die Endglieder der übrigen Finger, besonders die Nagelbetten sind infolge fortwährenden Zupfens in einem Zustande chronischer Entzündung.

Ihr Gesichtsausdruck ist verstimmt und weinerlich; ihre Haltung ist unbeweglich. Sie sitzt, ohne sich anzulehnen da, den Kopf etwas gesenkt, die Augen nach unten und vorn gerichtet, blickt aber, wenn befragt, den Frager meistens für eine kurze Weile an. Der Lidschlag ist selten.

Antworten giebt sie mit leiser Flüsterstimme langsam und zögernd, manchmal erst nach mehrmaligem Drängen.

Sie zupft eigentlich ununterbrochen an den Nagelgliedern ihrer Finger, um so mehr, wenn sie durch den Inhalt der ihr gestellten Fragen in Affekt gerät. Bei solcher Gelegenheit bemerkt man, dass der Lidschlag häufiger wird und die Atemzüge sich vertiefen und beschleunigen. Bisweilen fängt dann auch Pat. unter Thränenerguss leise zu weinen an.

Über ihre Personalien und Familienverhältnisse, über Zeit und Ort ist sie völlig orientiert. Auch für die Situation ist ihr Verständnis ein vollkommenes. Das zeigt sich vorzüglich auch in dem Urteil, das sie über den Geisteszustand ihrer Nachbarin auf der Station (Frau Kl. No. 18) abgiebt, den sie höchst treffend mit Ratlosigkeit bezeichnet.

Ihr Gedächtnis ist bis auf die Zeit ihrer ersten Erkrankung gut, ebenso ihre Merkfähigkeit. (8716 nach 12′ reproduziert.)

„Haben Sie Angst?“ (tiefe, beschleunigte Atmung.) „Jetzt nicht.“

„Aber Sie haben Angst gehabt?“ „Ja, ehe ich nach Gräfenberg ging (kurz vor der 2. Aufnahme) hatte ich Angst. Ich hatte Herzklopfen und konnte nicht einschlafen.“

„Sass die Angst am Herzen?“ „Ja.“

„Seit wann ist es besser?“ „Wenn ich daran denke, was mir alles bevorsteht, habe ich halt Angst.“

„Also Sie haben jetzt auch noch Angst?“ „Ja.“

„Was glauben Sie, dass Ihnen bevorsteht?“ „Dass ich lebendig zu Grunde gehen müsse.“

„Was meinen Sie damit?“ „Dass ich nicht werde sterben können.“

„Warum?“ „Weil ich nicht werde arbeiten können.“

„Wieso?“ „Blos der Mensch, der arbeitet, kann leben und sterben; da werde ich halt auch nicht sterben und meine Kinder auch nicht“. (fängt an leise zu weinen).

„Ihre Kinder können doch aber arbeiten?“ „Ach Gott, ach Gott, die kranke Tochter kann doch auch nicht.“ (Ihre Tochter leidet an Dystrophia muscularis.)

„Ist die Angst manchmal sehr gross?“ „Blos wenn ich denke, was aus uns werden soll.“

„Warum wollten Sie sich das Leben nehmen?“ „Weil ich nicht mehr leben kann. Ich habe meine Kinder unglücklich gemacht, ich habe alles falsch gemacht.“

„Was haben Sie denn falsch gemacht?“ (jammernd) „Ach Gott, ach Gott, ach wenn ich doch nie geboren wäre, dann wäre ich glücklich.“

„Sind Sie denn so unglücklich?“ „Jetzt ja, denn ich kann ja nichts mehr auf der Welt thun.“

„Haben Sie noch die Absicht, sich das Leben zu nehmen?“ Zu meiner Tochter habe ich gesagt, wir müssen alle ins Wasser gehen.“

„Das würden Sie aber nicht mehr thun?“ „Ich weiss nicht, was ich machen soll.“

Sie hat auf der Station noch andere Angstvorstellungen auf Befragen geäussert: „Sie habe alle Menschen, Gott und den Kaiser verraten. Ihretwegen seien alle Menschen unglücklich, auch an den vielen Krankheiten sei sie schuld. Sie sei schlecht, sie werde in die Hölle kommen.“

Suggestivfragen nach beschimpfenden und bedrohenden Phonemen verneint sie mit Entschiedenheit für die jetzige Erkrankung. Für ihre frühere Krankheit erinnert sie sich in dieser Beziehung nicht mehr genau.

Auch von Beziehungswahn ist auf der Station nichts bemerkt worden. Auf Suggestivfragen giebt sie zu, in jeder Beziehung gut behandelt zu werden, erkennt sogar an, dass die Ärzte ihr Bestes im

Sinne hatten, als sie die Besuche ihrer Tochter, durch die Pat. immer sehr erregt wurde, untersagten.

Ob sie absolut frei von diesem Symptome ist, dürfte bezweifelt werden. Sie hat es sich genau eingeprägt, dass ihre Nachbarin, deren geistigen Zustand sie so treffend bezeichnet, bei ihrer Ankleidung die Bemerkung machte: „Sie zieht so viel Jacken an, so viel Röcke.“ Dieselbe soll sie auch scheel angesehen haben.

Subjektive Insuffizienz ist zur Zeit nicht vorhanden, scheint aber in der ersten Zeit bestanden zu haben. Die hierauf gerichteten Fragen ergeben zunächst, dass sie sehr richtig den Einfluss ihrer verstümmelten Hände auf ihre Arbeitsfähigkeit abwägt.

„Fürchten Sie sich vor der Arbeit?“ „Nein.“

„Sie wünschen im Gegenteil, zu arbeiten?“ „Ich möchte gern.“

„Würden Sie Ihre häuslichen Arbeiten verrichten, für Ihre Kinder sorgen können?“ „Ich glaube ja.“

„Wird es Ihnen sehr schwer einen Entschluss zu fassen, z. B. als Sie sich jetzt ankleiden mussten, um herauf zu kommen?“ „Nein.“

„Oder, wenn Sie ins Bad sollten?“ „Nein.“

„Ihr Gedächtnis hat nicht gelitten?“ „Nein.“

„Glauben Sie überhaupt, dass Sie krank sind?“ „Nein.“

„Wenn Sie etwas lesen, sind Sie imstande es aufzufassen?“ „Oh ja.“

„Aber Sie haben keine Lust zu lesen?“ (Schütteln des Kopfes.)

„Weshalb nicht?“ „Ich weiss nicht.“

„Sie grübeln noch immerfort über ihr Unglück nach?“ „Ja.“

„Ist es Ihnen im Anfange der Krankheit schwer gefallen, sich zu etwas zu entschliessen?“ „Ich wollte nirgends hingehen.“

„Warum nicht?“ „Ich hatte Angst.“

„Wurde es Ihnen schwer, die häuslichen Arbeiten zu machen?“ „Ich wollte nicht.“

Warum wollten Sie nicht?“ „Ich habe mich ins Bett gelegt und gesagt, ich kann nichts machen.“

„Warum haben Sie das gethan?“ „Weil ich zu nichts keine Lust hatte.“

„Fühlten Sie sich körperlich so unfähig?“ „Das weiss ich nicht, ich habe gesagt, ich kann nichts machen.“

Das Interesse für den Gang der Dinge, die Gefühle gegen ihre Angehörigen sind ungeschwächt erhalten.

„Haben Sie noch dieselbe Liebe wie früher zu den Ihrigen?“ (Pat. fängt an zu weinen.)

„Interessieren Sie sich auf der Station für die Dinge, die um Sie vorgehen, oder ist Ihnen alles gleich?“ „Ich sehe doch, was um mich vorgeht.“

„Wissen Sie was von Bismarck?“ „Der ist gestorben.“

„Hat Ihnen das leid gethan?“ (weinend) „Der hat es gewiss gut gemeint.“

„Wenn jetzt Krieg würde, wäre Ihnen das gleichgiltig?“ „Das wäre doch schlimm für uns alle.“

Die Prüfung auf abnorme körperliche Sensationen ergiebt nichts Krankhaftes.

Besprechung: Pat. ist schon einmal vom 18. Oktober 1884 bis zum 1. Mai 1886 auf der Klinik behandelt worden und hat auch bei ihrer ersten Erkrankung im ganzen das gleiche Krankheitsbild geboten wie bei der jetzigen Vorstellung. Damals aber kam es auf der Höhe der Psychose zu Hallucinationen und allopsychischen Angstvorstellungen. Nach $1^1/_2$jähriger Anstaltsbehandlung konnte sie dann als gebessert zu den Ihrigen entlassen werden. Zu Hause wurde sie rasch gesund. Dies wurde dadurch festgestellt, dass Pat. sich wiederholt wieder vorstellte. 11 Jahre hat sie sich dann draussen gehalten, heiterer als zuvor, aber gleichmässig bis zu ihrer Neuerkrankung. Irgendwelche Anzeichen von geistiger Störung haben ihre Angehörigen in dieser Zeit nicht an ihr wahrgenommen.

Seit August 1897 trat ganz allmählich eine fortschreitende Verstimmung ein. Im September wurde der Schlaf schlecht; zugleich äusserte sie Selbstvorwürfe und Angstvorstellungen gleicher Art wie bei der Vorstellung. Ein conamen suicidii gegen Ende November wurde Anlass zu ihrer Überführung in die Anstalt. Einige Monate vorher war die Periode unregelmässig geworden, trat in der Anstalt nur noch einmal auf und ist dann ausgeblieben.

Hier von Anfang bis jetzt ein ganz stabiles Krankheitsbild. Neigung zu Selbstmordversuchen.

Das sehr gesunkene Körpergewicht (Nov. 1897. 57, Juni 1899. 50 kg) ist seit längerer Zeit etwa gleich geblieben.

Diagnose: Kleinheitswahn als besondere der affektiven Melancholie verwandte Form der Angstpsychose.

Die Fundamentalsymptome der Melancholie: die subjektive Ininsuffizienz, die Furcht vor den Aufgaben des Lebens, die Entschliessungsunfähigkeit, die Interesselosigkeit und Abstumpfung des Gefühls fehlen, ebenso fehlt objektiv jede Andeutung einer Erschwerung des Denkvorganges. Andererseits fehlen die sonst den Angstpsychosen zukommenden, allopsychischen Angstvorstellungen, die gewöhnlich vorhandenen Phoneme, der Beziehungswahn. Von bekannteren Krankheitsbildern steht die agitierte Melancholie am nächsten.

Prognose: etwas zweifelhaft wegen der langen Dauer der Krankheit, sonst günstig.

---

24. Adolf L . . . ., Arbeiter, 22 Jahr.

Klinische Vorstellung am 18. VI. 1899.

Pat. befindet sich in mässig gutem Ernährungszustande. Sein Benehmen ist völlig geordnet, hat aber etwas übertrieben Höfliches und Unterwürfiges. Bei jeder Frage, die an ihn gerichtet wird, erhebt er sich vom Stuhle und antwortet dann, häufig religiöse Wendungen benützend, in sehr unbeholfener, eigentümlich gewundener Redeweise, in pathetisch salbungsvollem Tone.

Zeitlich und örtlich ist er vollkommen orientiert, auch für die Situation zeigt er ein ausreichendes Verständnis.

Merkfähigkeit mässig. (8716 nach 5' als 8760 reproduziert.)

Prof. W. „Wissen Sie, was das für Herren sind?" „Ja wohl, bitte, städtische, hier aus Breslau."

„Wie nennt man die Herren?" „Nun bitte, Doktoren, oder Ärzte."

„Was haben die hier zu thun?" „Zu helfen hier, ja."

„Wem sollen sie helfen?" „Uns, den Leidenden."

„Warum sitzen die Herren hier, während ich mit Ihnen spreche?" „Dass sie hören, bitte, meine Sprache vielleicht, oder was ich Ihnen für Antwort gebe."

„Warum sollen das die Herren mit anhören?" (Verlegenheitsbewegungen mit den Händen.) „Nun dass sie hören meinen Verstand oder mein Wissen, oder ob ich noch viel Verstand habe, bitte, und mein Verstand noch stark ist."

„Wie kommen die Herren dazu, sich für Sie zu interessieren?" „Dass sie sollen annehmen von mir meine Rede vielleicht, hier, die ich spreche. Nun bitte, entschuldigen Sie."

„Sie sollen also von Ihnen profitieren?“ „Auch das kann sein, mein Herr, bitte.“

„Wann waren Sie das erste Mal in der Anstalt?“ „1891.“

„Damals hatten Sie Eingebungen von Gott?“ „Nun ja, wie es mir zukam.“

„Hatten Sie wirklich Eingebungen vom lieben Gott?“ „Nun meine Hoffnung, wie es vielleicht war, nach seinem Willen, wie Gott es schickt.“

„Ich meine, ob Sie wissen, wie es damals war, ob der liebe Gott Ihnen Eingebungen geschickt hat?“ „Nun, wie sich dieses hier schickt also, und nach meiner Bitte und wie in der Bibel, so wie ich habe gelesen, Träume sind Schäume. Und mein Vater ermahnte mich auch immer, dass ich sollte beten, und ich habe gern das gethan. Und da bin ich aufgestanden in der Nacht, bitte, um zu dichten, und es ging sehr gut. Da habe ich mir vorgenommen, dass es sind Zusendungen vom lieben Gott vielleicht.“

„Also es waren wirklich Eingebungen von Gott?“ „Nun ganz genau kann ich das nicht bestimmen, entschuldigen Sie.“

„Haben Sie später auch noch solche Eingebungen gehabt?“ „Ja es ging später auch, aber nicht so leicht.“

„Sie haben also später keine solche Eingebungen mehr gehabt?“ „Nun, bitte mein Herr, ich sollte mich vielleicht selbst danach richten.“

„Wie denn?“ „Eben nach diesem, dass ich mich sollte führen nach diesem, oder richten nach diesem. Und weil es mir, entschuldigen Sie, bitte, dass ich hier spreche, und weil es mir sich so schickte — ich bin der erste gewesen, ja, bei meinem lieben Lehrer, Schalka heisst er, da haben wir uns lassen abnehmen, das Bild habe ich noch zu Haus, und ich war erster. Wir wurden wohl nach dem gesetzt, der der erste in dem Monat war, nach den Tagen nach, die in dem Monat sind, und da bin ich unten hin gesetzt worden, von meinem Herrn Lehrer — nun der ruht schon. Nun, und ich bin erster gewesen und bin in 5 Schulen gegangen, nun bitte. Und dort war ein Bauerssohn, und der war vor mir. Und in Tschöplowitz, Kreis Brieg nun, in der zweiten Schule, und ich bin auch wieder erster geworden.“

„Nun, Sie wollten doch von Ihrer Führung durch den lieben Gott erzählen.“ „Ich habe sehr gut gelernt die biblischen Geschichten und es ging sehr gut, und der Herr Lehrer hat sehr tüchtig gelehrt dort. Etwas Schande habe ich damals auch gekriegt. Ich konnte sehr

schlecht schreiben. Auch machten wir schlechte Stücke, und wir gingen manchmal fischen, und dadurch kriegten wir manchmal böse Worte.“

Besprechung: Der Kranke leidet seit Anfang seines zweiten Lebensjahres an epileptischen Krämpfen. Diese wurden von seinem sechzehnten Jahre an ersetzt durch Erregungszustände von zunächst nur kurzer Dauer, die aber im Verlaufe der Zeit immer anhaltender wurden und sich manchmal über mehrere Tage erstreckten. Ein derartiger Anfall wurde Veranlassung zu seiner ersten Aufnahme in die Anstalt am 31. X. 1891.

Hier zeigte Pat. ein ganz akutes Krankheitsbild: Rede- und Bewegungsdrang, leichte Ideenflucht (Neigung zum Dichten und Rechnen). Dabei erklärende Grössenideen, er sei eine besonders gottbegnadete Person. Selten zeigen sich pseudospontane Bewegungen, ein Überkugeln nach rückwärts. Auch hierfür, Erklärungswahn: Er solle des Herrn Stärke zeigen. Allopsychisch gut orientiert.

Schon am 6. XI. tritt Beruhigung ein. Pat. ist auch zeitlich orientiert und bietet keine groben Defekte. Seine Grössenvorstellungen behält er bei. Er will Geistlicher werden, dafür sei er ganz besonders geeignet.

Am 28. III. 1892 gebessert entlassen. Ein Jahr lang ist er als Bahnarbeiter thätig, hat aber etwa alle 14 Tage einen epileptischen Anfall. Im Anschluss an einen solchen stellt sich im März 1895 ein Erregungszustand ein, dessentwegen er ins Josefshospital und von da am 15. VI. 1895 nach dem städtischen Irrenhause überführt wird. Hier zeigt er ein salbungsvolles-pathetisches Wesen, ist aber ruhig. An seinen Wahnideen hält er, wie Suggestivfragen zeigen, noch fest. Am 26. VI. 1895 wird er als gebessert nach dem Armenhause entlassen.

Am 22. III. 1899 wird er von dort wiederum nach dem Irrenhause verlegt. Hier zunächst wieder ganz akutes Krankheitsbild, angstvoll aufgeregter Dämmerzustand. Der Kranke missdeutet die Situation, schlägt und beisst die Wärter, die ihn zu beruhigen suchen und verweigert die Nahrung. Schlaf ist nur auf Hyoscin zu erzielen. Noch am 10. IV. 1899 ist er reizbar und aggressiv, so dass er isoliert werden muss. Er behauptete, man schmiere ihn mit Urin ein.

Mitte April wird er ruhiger und zeigt ein bis zur Demonstration gleiches Krankheitsbild. Alle paar Tage ein epileptischer Anfall.

Der Kranke bildet ein typisches Beispiel eines eigenartigen, chronischen Defektzustandes, wie wir ihn bei Epileptischen häufig beobachten. Dieser Defekt besteht nicht so sehr in einer Verminderung der Kenntnisse oder des Gedächtnisses, sondern in einer mangelhaften Urteilsfähigkeit. Dies offenbart sich in der wunderlichen Ausdrucksweise des Patienten, die auf ungenügender Unterscheidung einander nahe stehender Begriffe, mithin auf einer Verarmung des Begriffschatzes beruht.

Als im strengeren Sinne psychotisches Symptom ist die übertriebene Frömmigkeit zu betrachten; sie entsteht auf dem Boden einer inhaltlichen Bewusstseinsfälschung: Das Leiden wird als eine Prüfung Gottes aufgefasst und im Zusammenhange damit entwickelt sich im Pat. die Vorstellung, dass er ganz besonders von Gott begnadet sei. In einem eigentümlichen Gegensatze steht zu seinem für gewöhnlich demütigen, unterwürfigen Benehmen die grosse Reizbarkeit, die ihn veranlasst, bei geringfügigen Ursachen rücksichtslos dareinzuschlagen.

Derartige Bewusstseinsfälschungen im Sinne des Grössenwahns findet man ungemein häufig bei degenerierten Epileptikern, besonders dann, wenn sich im Anschluss oder an Stelle der Krampfanfälle psychotische Zustände entwickeln.

Prognose: Die an sich sehr verschiedenen postepileptischen Psychosen, die vielfach auch das Gepräge des Dämmerzustandes haben, bieten namentlich insofern eine günstige Prognose, als sie nach kurzer Zeit in Heilung überzugehen pflegen. Dagegen sind es gerade diese Fälle von Epilepsie, welche mit Sicherheit allmählich zu dem geschilderten, hier noch nicht sehr entwickelten Defektzustande der Verarmung an Begriffen führen; dieser kann sich bis zu tiefem Blödsinn steigern.

---

25. Stephan P . . . ., Arbeiter, 26 Jahre.

Klinische Vorstellung am 14. VI. 1899.

Pat. ist ein junger Mann mit lebhaftem Gesichtsausdruck, der in etwas geschwätziger Weise seine Klagen vorbringt.

Er giebt gut Auskunft über seine Personalien und antwortet prompt und schnell. Auf Aufforderung berichtet er von einer Unterhaltung mit seinem Brotherrn, nachdem er einen Schwindelanfall gehabt hatte. Dabei habe er die unsinnige Äusserung gethan, sein

Chef sei sein Pathe. Von der Zeit ab, d. h. die letzten 8 Tage vor der Aufnahme, wäre er nicht mehr zur Arbeit gegangen. Auch sein Brotherr hätte ihm geraten, lieber zu Hause zu bleiben. Er schildert seinen Zustand wie folgt:

„Am nächsten Tage da ist eine Schwere in meinen Körper geraten, die wurde immer schlimmer. Wie ich in das Speisehaus kam, da ist das Essen von selbst heruntergegangen. Die Arme und die Beine hatten sich von selbst regiert. Auch die Treppe hinauf gingen die Beine von selbst. Die Person, die in mir war, die Schwere, die hat mich regiert. Die Schwere zog sich durch den ganzen Körper. Die Beine hoben sich von selbst."

„Sie meinen, die Bewegungen des Körpers geschahen ohne Ihren Willen?" „Ja, ja, geschahen ohne meinen Willen."

„Sie dachten, dass müsste eine andere Person in Ihnen sein?" „Ja, ja. Ich konnte mich auch nicht satt essen, weil in mir die Schwere war, in mir die Person, die das Essen weggegessen hat .... Dann kaufte ich mir eine Cigarre, und da merkte ich, wie in mir der Zug, die Person in mir, die Cigarre wegrauchte; sogar die Leute auf der Strasse sahen das und lachten mich an, die sahen mir das an den Augen an. Und das Fräulein vom Chef sagte zu mir, Sie haben wohl einen Doppelgänger, weil sie das alles schon so bemerkt hatte .... Und da hat mein Chef zu mir gesagt, Sie haben ja die Krämpfe gehabt, und hat mich entlassen; aber die Schwere wurde immer schwächer."

Trotz dieser behaupteten Abnahme seiner Beschwerden liess sich Pat. in ein Krankenhaus aufnehmen und wurde dort auf Grund seiner Äusserungen für geistesgestört gehalten und hierher überwiesen.

„Gehören Sie denn ins Irrenhaus?" „Nein, aber man hat mich auf den Vorfall hin hier eingesperrt."

„Glauben Sie wirklich, dass eine andere Person in Ihnen war?" „Der Neid der Krämpfe muss mir doch die Arbeit versagt haben. Die Krämpfe mussten doch das so gewollt haben, dass mir dadurch die Arbeit versagt wurde."

Besprechung: Pat. ist aufgenommen am 9. VI., leidet seit etwa 5 Jahren an Krämpfen und war deshalb auch schon kurze Zeit in der Anstalt. Postepileptische Psychose. Erklärungswahnideen, die sich an abnorme Sensationen und motorische Symptome

(pseudospontane Bewegungen) anschliessen. Demnach Somatopsychose, an der Motilitätssymptome beteiligt sind.

Prognose aller solcher Fälle von postepileptischer Psychose günstig, doch haben sie alle das gemeinsam, dass sie bald zur Demenz führen.

---

26. Karl K . . . ., Ingenieur, 28 Jahre.

Klinische Vorstellung am 24. VI. 1899.

Der Kranke, ein junger Mann von blasser Gesichtsfarbe aber ganz gutem Ernährungszustande, kommt gemütlichen Schrittes herein, die rechte Hand in der Hosentasche, im linken Arme eine Menge etwas zweifelhaft aussehender Fetzen Zeitungspapier, in der linken Hand eine Semmel und ein Tuch haltend, auf der Nase den Zwicker. An dem Tisch vor dem Auditorium angekommen, schaut er sich lächelnd um, legt mit einer gewissen Umständlichkeit die mitgebrachten Gegenstände hin, indem er die einzelnen Papiere glättet und wie lesend in jedes einen Blick wirft.

Auf Aufforderung setzt er sich recht lässig hin, lehnt sich zurück und stützt den Kopf in die rechte Hand, den rechten Ellenbogen auf die Stuhllehne. Sein Gesichtsausdruck, bald lächelnd, bald indifferent, erhält besonders gegen Ende der Vorstellung ein etwas ärgerliches Gepräge. Seine Worte begleitet er oft mit leichten Gesten, wie es im gemütlichen Gespräch manche Leute an sich haben. Ausserdem sind öfter Verlegenheitsbewegungen an ihm zu beobachten: er kratzt sich langsam mit dem Zeigefinger auf den Kopf, nimmt den Zwicker ab, schaut ihn an und setzt ihn wieder auf, schüttelt den Kopf u. a. m.

Seine Sprache zeigt beim Spontansprechen bisweilen eine leichte Artikulationsstörung; er stösst hin und wieder mit der Zunge an. Beim Nachsprechen ist davon nichts wahrzunehmen.

In seinem Verhalten treten deutlich zwei ganz verschiedene Zustände hervor. In dem einen reagiert er prompt und richtig auf Fragen und Aufforderungen, wie ein normaler Mensch; in dem andern bewirkt zwar fast jede Anrede eine Äusserung, diese steht aber in keinem Zusammenhange mit der Frage. Er produziert dann in der Regel einzelne kurze Sätze oder Namen, die ganz zusammenhangslos erscheinen. Nur selten sind solche Äusserungen durch ihm auffallende Gegenstände seiner Umgebung motiviert. Ausserdem ist noch zu

bemerken, dass er in seltenen Fällen auch an Klangassoziationen anknüpft. Gegen Schluss der Vorstellung steigert sich dieser Zustand derart, dass er Fragen und Aufforderungen meist ganz unbeachtet lässt und höchstens auf energischeres Drängen mit einem leicht unmutigen Anflug äussert: „Ich weiss nicht", oder: „Ich weiss nicht, was Sie von mir wollen."

Beide Zustände wechseln unvermittelt mit einander ab, so dass er plötzlich in der richtig begonnenen Antwort sich mit „Ach so" unterbricht, und dann eine seiner absolut unsinnigen Äusserungen vorbringt. Diese sind, wie er selbst zugiebt, zum grössten Teil Reaktionen auf Phoneme. Das geht auch daraus hervor, dass Pat. hin und wieder plötzlich aufhorcht, ehe er eine Äusserung thut.

Der erstere Zustand lässt sich nur im Anfange der Vorstellung konstatieren, der letztere wird je später desto mehr vorwiegend, so dass Pat. aus ihm während der ganzen letzten Hälfte nicht mehr aufzurütteln ist.

Man kann zwischen diesen beiden Stadien noch ein Übergangsstadium feststellen. In diesem antwortet Pat. formal richtig, inhaltlich unsinnig. Z. B. „Wie alt sind Sie?" „10 000 Jahre." Oder er knüpft an ein Wort der Frage einen eignen, dieser fremden Gedanken. Z. B. „Wie ist Ihr Gedächtnis?" „Gedächtnis heisst auf lateinisch memoria."

„Welchen Zweck hat denn die Klinik?" „Klinik kommt von κλινή."

„Merken Sie sich einmal eine Zahl!" „1899."

„Merken Sie sich das Wort »Assurbanipal«." „Assurbanipalität."

„Assurbanipal, sagen Sie es noch einmal!" „Nein, Sardanapal."

„Sie wissen ganz gut, dass diese Anstalt zur Heilung — Pat. einfallend: „des Sultans" — von Geisteskranken dient."

Pat. ist zeitlich und örtlich, sowie über seine Personalien gut orientiert. Eine Prüfung der Merkfähigkeit lässt sich nicht anstellen.

Prof.: „Wollen Sie nicht Platz nehmen?" „Ja."

Sie sind jetzt das dritte Mal in der Anstalt?" „Das dritte Mal, ja."

„Wann das erste Mal?" „3. I. 1899."

„Das zweite Mal?" „1. VI. 1895."

„Wann sind Sie das dritte Mal aufgenommen?" „Bin ich . . . ."

„Sie wissen welches Jahr wir schreiben?" „Das letzte Mal, da bin ich . . . . ach so." (lacht.)

„Wann sind Sie das letzte Mal aufgenommen?“ (schaut sich um und sieht die Tafel) „Ja, ich weiss nicht, ob die Kreide da ist?“

„Wann sind Sie das letzte Mal hier aufgenommen?“ (sieht den Wärter an) „Arthur Wolff mit 2 f.“

„Zu wem sprechen Sie?“ „Zu dem Wärter.“

„Sollte das die Antwort auf eine Frage sein?“ „Nein.“

„Wie kamen Sie darauf?“ „Er kommt mir so bekannt vor, als ich in Prima war, im Zwinger, da war einer, der ging ab und wurde ins 51. Regiment aufgenommen.“

„Nun was wollen Sie damit?“ „Ach so, die Kaiserin Elisabeth von Österreich ist in der Schweiz ermordet worden.“

„Wie lange Sie hier sind, möchte ich wissen?“ „Seit 10000 Jahren, ach so, ich habe einmal von einem Direktor des Elisabeth-Gymnasiums gehört . . . .“

„Wer bin ich?“ „Wernicke.“

„Wie werde ich hier genannt?“ „Medizinalrat.“

„Wissen Sie, was das für Herren sind?“ (fasst einen ins Auge.) „Das ist vielleicht der Assistenzarzt D. L.“

„Nun, Sie wissen ganz gut, was das für Herren sind?“ „Nein, Studierende.“

„Habe ich Sie schon einmal vorgestellt?“ „Ja.“

„Was hat das für einen Zweck?“ „Ich habe mal . . . .“

„Nun was?“ „Auf die Milchkacke habe ich geschimpft . . . . Ich meine, ich habe auf die Milchkacke geschimpft.“

„Sagen Sie mir mal ein Wort nach!“ „Bettina von Arnim.“

„Konzentrieren Sie sich etwas!“ „Ach so, ja.“ (steht auf und beugt sich über den Tisch.)

„Was haben Sie da zu machen?“ (einen Buchtitel lesend) „Psychiatrische Abhandlungen“ dann „Ach so, Akazie.“

„Sie sind Herr Keul?“ „Wie, wer, Herr Keul? ja.“

„Wie alt?“ „Ich weiss ja nicht.“

„Sie haben zwei Brüder, wie heissen die?“ „Karl Keul.“

„Nein das sind Sie, ich meine Ihre Brüder?“ „Fritz und Georg.“

„Was ist der Fritz?“ „Provinzialsteuerinspektor von Suehl.“

„Was ist Ihr Bruder?“ „Ach so, Napoleon III., nicht?“

„Was ist denn der Georg Keul?“ „Das ist der blinde König von Hannover.“

„Wie heisst Ihre Schwester?“ „Helene.“

„Wie alt ist die?“ „10000 Jahr, sie steht jetzt im 18. Lebensjahr.“

„Verstehen Sie denn jedes Wort, das ich zu Ihnen spreche?“ „Oh ja, in einer Art.“

„In welcher Art? Was verstehen Sie denn nicht?“ „Oh Susanna.“

„Sie hören wohl immerfort Stimmen?“ „Ja.“

„Was sind das für Stimmen?“ „Gutmütige.“

„Kommen sie von weit oder nah?“ „Ich weiss nicht.“

„Nun?“ „Aus China . . . . Parzival.“

„Was sind das für Stimmen?“ „Das klingt mir so aus Prag her.“

„Hören Sie die Stimmen auf beiden Ohren?“ „Nein, nur auf einem.“

„Auf welchem?“ „Nun also von Kassel her, ach so, Stördame.“

„Was ist das?“ „Eine . . . . die Stördame heisst Käthe Braunert, wahrscheinlich, die ist verheiratet worden mit einem Braunberger, wahrscheinlich heisst der Karl Tunk.“

„Wovon sprechen Sie?“ „Ich weiss nicht . . . . von Burgund wahrscheinlich.“

„Verstehen Sie alles, was ich zu Ihnen spreche?“ „Christus heisst die Schale, es heisst aber der Ehemann.“

„Wissen Sie das Wort noch, das Sie sich merken sollten? „Ach so. Du, ich habe viel verdient. Ach so. Herzog von Sachsen.“

„Ja, was heisst denn das?“ „Ach so, Amalie Sachs.“

„Haben Sie sich die Zahl gemerkt, die ich Ihnen aufgab?“ „Ach so, Bernhard von Clairvaux und Pierre d'Amiens.“

„Warum haben Sie immerfort den Zwicker auf?“ „Damit ich besser sehe.“

„Sprechen Sie mir mal ein Wort nach!“ „Pionierunteroffizier. Noch ein Papagei, nun Hollunder.“ Schliesslich spricht er Zivilisation und Armeereorganisation aber mit nasaler Aussprache der Endung.

„Warum sprechen Sie das so aus?“ „Sie sind im 58. Lebensjahre, da dreht sich doch Alles ums arrangieren. Ja, ja, der König von Portugal, Ferdinand Förster, nein.“

„Herr Keul, stehen Sie mal auf, gehen Sie an die Tafel und schreiben Sie Ihren Namen!“ „Ich bin eine Sau.“

„Haben Sie Schimpfworte gehört?“ „Ja wenn keine Kreide da ist.“

Auf nochmalige Aufforderung seinen Namen an die Tafel zu schreiben, erhebt sich Patient, nimmt einige Zeitungen, Semmel und

Tuch in die linke Hand, geht zur Tafel, ergreift ein Stück Kreide und schreibt in die linke obere Ecke ein E. Dann: Herrmann Ernst Adolf von Sachsen Coburg Got.

„Ist das Ihr Name?“ „Ich weiss nicht.“

„Sie sollen Ihren Namen schreiben!“ „Schön.“ (schreibt ∧).

„Schreiben Sie doch Ihren Namen!“ „Ach so, ach so, ach so.“ (lacht und schreibt: Rahel).

„Sie sollen Ihren Namen schreiben!“ „Wernicke, nicht?“

„Nein das ist mein Name. Sie heissen Hermann Keul, das sollen Sie schreiben.“ (schreibt HK.)

„Wo wohnen Sie?“ (erfreut): „Holteistr. 33.“

„Schreiben Sie das an die Tafel!“ (schreibt flott:) Holtei; dann nur noch Haken und Punkte.

Von nun an entspricht Pat. keiner Aufforderung mehr. Er steht vor der Tafel, betrachtet verständnislos seine Schriftzüge, schüttelt den Kopf, schreibt hin und wieder ein Wort an die Tafel, oder unterstreicht ein schon dastehendes. Dabei verwendet er der Reihe nach vier verschiedenfarbige Kreiden. Zwischendurch lacht er wohl einmal kurz auf. Einmal geht er zur Wasserleitung, betrachtet sie wie unschlüssig und kommt langsam wieder zurück.

Er wird mehrmals aufgefordert, die Kreide wegzulegen; das macht zunächst gar keinen Eindruck auf ihn. Endlich, auf energischeres Drängen, zuckt er mehrmals mit den Achseln, sieht sich die Kreide an, bringt langsam die sie haltende Hand über den Kreidekasten, lässt die Kreide aber nicht los, sondern zieht die Hand wieder zurück. Dann kramt er, immer ohne das Stück Kreide aus der Hand zu legen, im Kasten herum. Als ihm die Kreide endlich aus der Hand genommen wird, lässt er sich das ohne das geringste Widerstreben gefallen.

Dann soll er die Papierfetzen, die er immer noch festhält, auf den Tisch legen. Als er endlich durch wiederholte Aufforderungen von seiner Beschäftigung an der Tafel abgelenkt ist, sieht er wie ratlos den Professor an und sagt: „Wie denn, ich weiss ja gar nicht, warum denn, ich kann Sie nicht verstehen“, nach jeder solchen Äusserung sich wieder zur Tafel wendend.

Prof.: „Bitte Herr Keul, legen Sie doch die Sachen auf den Tisch.“

Pat. (ohne sich umzudrehen): „Auf welchen Tisch denn?“

„Hier auf diesen Tisch, drehen Sie sich doch um.“

Pat. (leicht ärgerlich den Prof. ansehend): „Ich weiss ja gar nicht, was Sie von mir wollen."

Ganz ähnlich verhält er sich, als er auf einen Stuhl steigen soll. Man bemerkt, dass er wohl hört, was zu ihm gesprochen wird, aber den Sinn nicht zu erfassen vermag.

Nachdem ihm zum Schluss mehrmals gesagt worden ist, dass er wieder auf die Abteilung zurückgehen möge, wird er vom Wärter hinausgeführt. Halbwegs bleibt er stehen, um ein an der Wand hängendes Bild in Augenschein zu nehmen, und folgt dann kopfschüttelnd dem Wärter auf die Abteilung.

Besprechung: Der Kranke ist zum dritten Mal wegen Geisteskrankheit in Anstaltsbehandlung. Er bot während seiner früheren Erkrankungen dasselbe Bild wie jetzt, nur waren damals auch motorische Symptome, Regungslosigkeit und pseudospontane Bewegungen vorhanden.

Seit dem 3. Februar, dem Tage seiner letzten Aufnahme, befindet er sich in wechselndem Zustande, der im ersten Teil der Demonstration zu Tage trat. Er liess sich bei der Visite gewöhnlich in eine Unterhaltung mit dem Arzte ein, so dass es ganz gut gelang, eine Prüfung seines Gedächtnisses und seiner Merkfähigkeit anzustellen; beides erwies sich als normal. Bei solcher Unterredung fällt dann derselbe Defekt auf, der heute im höchsten Grade gesteigert erscheint. Er antwortet oft gerade so, als ob er die Worte wohl verstände, den Sinn der Fragen aber nicht erfasste. (Psychosensorische Anästhesie.) Ein ähnlicher Zustand ist in der Breite des Physiologischen als Fassungslosigkeit bekannt. Auch der Fassungslose hört die an ihn gerichteten Fragen, aber versteht sie nicht. Da dieser Zustand immer nur zeitweilig vorhanden ist, ist der Kranke bei einigen Bemühungen auch für längere Unterhaltungen zu haben. Für Minuten verläuft ein solches Gespräch ganz normal. Dann wirft der Kranke plötzlich etwas dazwischen, was einer ganz fremden Gedankenreihe angehört, eine Art Inkohärenz des Denkens. Das geht vorüber, und die Unterhaltung bewegt sich wieder in normalen Bahnen.

Bei einer solchen Gelegenheit zeigte sich Pat. sehr beschäftigt mit einer vermeintlichen Misshandlung, die er erlitten hatte, und kam immer wieder auf dieselbe zurück. Das war innerhalb seines normalen Zustandes (Zustand I).

Dabei hörte er Stimmen; Geister- oder Engelstimmen, wie er es nannte, da er ja keine Personen sähe. Früher gab er auch an, dass er zuweilen Eingebungen hätte, durch die Stimmen. (Autochthone Gedanken).

Als der Stationswärter gerade an ihm vorüber gegangen war, sagte er plötzlich „Ich bin kein Schuldiger", wie er dann erklärte, weil er gesehen hätte, dass der Stationswärter zu ihm sprach.

Auch eigentümliche körperliche Sensationen verriet der Kranke gelegentlich solcher Unterhaltungen: ein Bohren und Zerren im Kopfe. Dies erscheine ihm als eine Folge von Misshandlungen, die zu gleicher Zeit an seinen Blutsverwandten begangen würden. (Somatopsychischer Beziehungswahn).

Als ihm Prof. W. einmal den Zweck der Notizen, die er sich machte, erklärte, erwiderte er: „Da richten Sie aber auch die, die mir etwas anthun. Jeder Offizier hat seine Ehre; ich bin kein gemeiner Mann.

Mitte Juni, nachdem er Erlaubnis bekommen hatte, mit den andern Kranken in den Garten zu gehen, begann er sich zu orientieren und bestätigte in einem nur wenige Tage dauernden Intervallum lucidum, dass bei ihm fortwährend ein Wechsel von hellem Bewusstsein (I) mit einem von deliranten Vorstellungen bevölkerten stattgefunden habe (II). Auch schilderte er, dass er ganz die gleichen Wahnvorstellungen wie früher gehabt hätte. Er brauchte selbst für diesen Wechsel den sehr bezeichnenden Ausdruck „Doppelzustand, z. T. in Wirklichkeit, z. T. in Phantasieen." An diesen Wechsel des Bewusstseinszustandes schliessen sich Erklärungswahnideen eigener Art. Pat. hat in seinen früheren Krankheiten angegeben, dass ihm alles wie verzaubert vorgekommen sei. Der Oberwärter wäre zu gleicher Zeit an verschiedenen Stellen des Stationszimmers gewesen. Der eben noch leere Tisch an seinem Bette wäre plötzlich mit Speisen besetzt gewesen. Nach seiner Herstellung erklärte er das als Beobachtungsfehler, indem er durch Phantasieen so abgelenkt gewesen wäre, dass ihm das Eintreten der Veränderungen entgangen wäre.

Dass zwei Bewusstseinszustände (doppeltes Bewusstsein, alternierendes B.) bei einem Individuum vorkommen können, haben Erfahrungen auf dem Gebiete der Hypnose und Hysterie gelehrt. Doch ist hierbei der Wechsel niemals ein so rascher. Jeder Zustand hält stunden- bis wochenlang an. Ein derartig rascher Wechsel aber

bei welchem für den Beobachter beide Zustände unmerklich in einander übergehen, oder einander ablösen können, ist nur ganz ausnahmsweise festzustellen. In diesem Falle hatte die klinische Beobachtung zu der Vermutung eines solchen Zustandes geführt. Sie wurde zur Gewissheit, als der Pat. in einem Intervallum lucidum genau darüber Auskunft zu geben imstande war.

Gegen Ende der Vorstellung überwog der Zustand II so, dass Pat. sich fast wie ein Asymbolischer benahm und ganz hilflos erschien.

Diagnose: Es handelt sich um ein sehr kompliziertes Krankheitsbild, das sein besonderes und unterscheidendes Merkmal durch die eben geschilderte und auf den raschen Wechsel der Bewusstseinszustände zurückgeführte Verwirrtheit erhält.

Die Prognose ist nach den etwa analogen Fällen zu schliessen ernst, insofern immer Rezidive zu befürchten sind. (Vgl. vor. Sem. Fall 29.)

---

27. August J . . . ., Tischler, 75 Jahre.

Klinische Vorstellung am 28. VI. 1899.

Pat., ein verfallen aussehender alter Mann, wird von zwei Wärtern hereingeführt und begrüsst das Auditorium sowie Prof. W. mit „Guten Morgen". Sein Gesichtsausdruck ist schlaff, etwas ängstlich und weinerlich. Seine Sprache kraftlos, leise, eintönig jammernd. Gelegentlich geht sein Jammern in Weinen über. Er fühlt sich schwer krank. Die Prüfung zeigt, dass er die augenblickliche Situation richtig auffasst, dass er überhaupt in jeder Hinsicht vollkommen orientiert ist. Er weiss, dass er im Irrenhause ist und giebt zu, in ein solches zu gehören.

Prof. W.: „Worüber klagen Sie, Herr J.?" „Ach Herr Professor, allerhand Geister kommen mir vor meinen Geist; ach und dann die Angst, Herr Professor!"

„Wo sitzt die Angst?" Pat. zeigt auf die Herzgegend.

„Wie kam denn das mit Ihrer Krankheit?" „Durch Kummer und Sorgen und Familienverhältnisse, da habe ich sie bekommen, und dann bekam ich einen Ruck und da musste ich anfangen zu schreiben."

„Was heisst das?" „Da fielen mir allerhand Dinge ein von vor 30, 40 Jahren, wo ich gearbeitet habe, und da sollte ich die Namen wissen, und ich wusste sie doch nicht."

„Und was war die Folge?“ „Wenn ich sie dann gewusst habe, da ist mir viel leichter geworden.“

„Was mussten Sie aber immer schreiben?“ „Wenn mir wieder was eingefallen war, was ich wissen sollte, dann war mir wieder wohler. Da habe ich die Namen aufgeschrieben, damit ich sie nicht wieder vergessen konnte.“

„Da hat Ihr Gedächtnis wohl gelitten?“ „Ja freilich, Herr Professor!“

Eine Prüfung ergiebt, dass die Merkfähigkeit nicht wesentlich herabgesetzt ist.

Besprechung: Pat. ist am 6. VII. 1898 aufgenommen und hat während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes ein ganz gleiches Krankheitsbild dargeboten. In der allerletzten Zeit ist er körperlich stark heruntergekommen. Bis dahin gab er über seinen Zustand weit besser Auskunft, als es ihm heute bei seiner grossen Schwäche möglich ist. Das, worüber er klagt, sind Zwangsvorstellungen, für deren krankhafte Natur er stets Einsicht besessen hat. Erstlich fallen ihm Personen und Orte ein, die er im Laufe seines Lebens kennen gelernt hat, und es quält ihn die Vorstellung, er müsse deren Namen wissen; findet er sie nicht, so gerät er in hochgradige Angst, fragt überall danach herum, weckt nachts seine Frau, hier die Mitpatienten; erfährt er sie endlich, so wird ihm „ordentlich froh“, er fühlt sich erleichtert. Personen, die er auf der Strasse traf, musste er nach ihrem Namen fragen, weil es ihn quälte, nicht zu wissen, wie sie hiessen. Er schrickt ängstlich zusammen, wenn er nur einen neuen Namen rufen hört, weil er weiss, dass in kurzem ihn derselbe plagen wird, und bittet deshalb schon seine Umgebung, leise zu sprechen, dass er nichts von ihrer Unterhaltung verstehen kann. Nach den Namen seiner Mitpatienten und Wärter erkundigt er sich immer wieder, sagt sie sich her und führt gewissenhaft Buch über dieselben. Um nämlich nicht immer wieder nach denselben Namen suchen zu müssen, notiert er sich einen jeden, sowie er ihm einfällt, und hat schon eine ganze Reihe von Notizbüchern mit solchen angefüllt. Noch kürzlich hat er seiner Tochter beim Besuch aufgetragen, sich nach dem Namen seines Kartoffellieferanten zu erkundigen und ihm denselben möglichst umgehend brieflich mitzuteilen.

In zweiter Reihe fallen ihm umgekehrt Namen und Wörter ein, und er muss zwangsmässig unter den gleichen Erscheinungen der Angst nach deren Bedeutung suchen.

Andere Symptome, wie delirante Visionen vor dem Einschlafen, geringe Herabsetzung der Merkfähigkeit haben mit dem vorliegenden Krankheitsbilde nichts zu thun und sind senile Erscheinungen.

Hervorgehoben sei, dass von erblicher Belastung keine Rede ist; ätiologisch kommt nur das Senium in Betracht.

Wir finden bei dem Pat. nur ein einziges Elementarsymptom, die Zwangsvorstellungen. Das begleitende Symptom der Angst (es ist übrigens auch hier wie in anderen Fällen lokalisiert) ist höchstwahrscheinlich nur Folgeerscheinung, wie man nach den Erfahrungen an anderen Fällen behaupten kann (Onomatomanie der Autoren.) Da dies eine Symptom aber so intensiv auftritt, dass Pat. selber für alle Leistungen unbrauchbar, für die Umgebung eine schwere Last ist, so darf man ihn mit vollem Rechte als geisteskrank bezeichnen.

Diagnose: Psychose durch Zwangsvorstellungen.

Prognose: an sich und besonders bei dem Alter des Pat. ungünstig.

---

28. H . . . ., 23 Jahr, Schuhmachergeselle.

Klinische Vorstellung am 28. VI. 1899.

Der Kranke ist ein schlecht genährter, hagerer junger Mann von im grossen und ganzen geordnetem Benehmen. Der Gesichtsausdruck erhält durch beständig hoch gezogene Augenbrauen und eine leichte Runzelung der Stirn etwas Vertracktes, Närrisches, ohne eigentlich blödsinnig zu sein.

Mit der Beantwortung der an ihn gerichteten Fragen giebt er sich nicht viel Mühe und zerbricht sich auch nicht weiter den Kopf, um ihren Sinn zu erfassen. Prompt aber wahllos stösst er mit einer eigenartigen Betonung seine Antworten »Ich weiss nicht genau, ja wohl,« oder »ach wo« heraus, unbekümmert darum, sich in einem Atemzuge mehrmals zu widersprechen.

Örtlich und zeitlich, sowie über seine Personalien ist er desorientiert und besitzt kein Verständnis für die Situation.

Seine Schulkenntnisse sind ihm bis auf die allerfestesten Reihen (z. B. das Vaterunser), abhanden gekommen. Das Einmaleins nur noch

sehr mangelhaft vorhanden. Die Merkfähigkeit schlecht. (8716 nach $1^1/_2$' als 8764 reproduziert.)

Prof. W. „Sie sind der H . . . .?" „Nein."

„Ich denke?" „Ach wo."

„Wer sind Sie denn?" „Graf Schafgotsch."

„Kennen Sie mich?" „Ach wo."

„Sehen Sie mich heute zum ersten Male?" „Ich habe Sie schon ein paarmal gesehen."

„Wie lange kennen wir uns schon?" „Vielleicht 26 Jahre."

„Wie alt sind Sie?" „Vielleicht 36 Jahr."

„Wissen Sie Ihr Alter nicht genau?" „Ich weiss nicht genau."

„Aber ungefähr?" „Vielleicht 36 Jahr." (thatsächlich 23 J.)

„Ich glaube nicht, dass Sie schon so alt sind." „Oh ja."

„Was sind das hier für Herren?" „Aus der Stadt Breslau."

„Was haben die hier zu thun?" „Ich weiss nicht, in der Schule sind sie."

„Sie glauben, dass das hier eine Schule ist?" „Ich weiss nicht genau; ja Unterricht."

„Und ich bin der Lehrer?" „Ich weiss nicht."

„Wissen Sie, was das hier für ein Haus ist?" „Die königliche Regierung."

„Wie kommen Sie in die königliche Regierung?" „Ich weiss nicht, ein Schutzmann hat mich her gebracht."

„Wo waren Sie vorher?" „In Neisse."

„Wie lange waren Sie dort?" „Vielleicht 19, 20 Jahr."

„Wann sind Sie geboren?" „27. VI. 1887."

„Was für eine Jahreszahl haben wir jetzt?" „1887."

„Was ist Ihr Vater?" „Napoleon, ich weiss ja nicht." (lacht.)

„Woher wissen Sie das?" „Das habe ich raus gekriegt, in der Werkstätte."

„In welcher Werkstätte?" „Bei Herrn Schuhmachermeister W."

„Sind Sie nun eigentlich Schuhmacher oder Graf Schafgotsch?" „Graf Schafgotsch."

„Der ist doch nicht Schuhmacher?" „Ich weiss nicht."

„Wie lange haben Sie gelernt?" „4 Jahre."

„Sind Sie Geselle?" „Ja."

„Wie viel verdienten Sie am Tage?" „14 Böhm vielleicht."

„Wohnten Sie bei Ihrem Vater?" „Nein."

„Wer ist Ihr Vater?“ „Kaiser Wilhelm.“

„Wovon ist der Kaiser?“ „Kaiser von Preussen.“

„Von Preussen oder von Deutschland?“ „Von Deutschland.“

„Ist das dasselbe Preussen und Deutschland?“ „Ja.“

„Wissen Sie, dass wir in Breslau sind?“ „Ja.“

„Was für ein Fluss fliesst durch Breslau?“ „Die Oder.“

„Warum fliesst die Oder?“ „Die Oder fliesst durch das Gewässer.“

„Warum steht das Wasser nicht still in der Oder?“ „Ich weiss nicht genau.“

„Wissen Sie, was ein Berg ist?“ „Ja.“

„Was ist für ein Unterschied zwischen Berg und Gebirge? . . . .“

„Ist das dasselbe?“ „Oh ja.“

„Ist wirklich Berg und Gebirge dasselbe?“ „Ja.“

„Wissen Sie, was eine Kuh ist?“ „Ja.“

„Was ein Ochse ist?“ „Ja, ich weiss nicht genau.“

„Was ist für ein Unterschied zwischen Kuh und Ochse? . . . .“

„Ist da ein Unterschied?“ „Gar keiner.“

„Also ist es dasselbe?“ „Ach wo.“

„Was ist für ein Unterschied zwischen Ochse und Kalb?“ „Das ist egal.“

„Es ist also dasselbe?“ „Nein.“

„Wie sind Sie mit der Behandlung zufrieden?“ „Danke, sehr gut.“

„Wie lange sind Sie hier?“ „Vielleicht 26 Jahr.“

„Kennen Sie den Mann dort?“ „Oh ja, der Herr Wärter.“

„Und mich kennen Sie wirklich nicht?“ „Ach wo.“

„Wollen Sie gern hier bleiben?“ „Ja wohl.“

„Oder wollen Sie lieber heraus?“ „Ja wohl.“

„Sie können jetzt gehen!“ „Danke, Herr Doktor.“ (reicht dem Professor und den ihm nächstsitzenden Studierenden die Hand.)

Besprechung: Der Kranke hat sich als Kind normal entwickelt, lernte dann Schuster und hat es bis zum Gesellen gebracht. In seinem 20. Lebensjahre erkrankte er unter zunehmender Verblödung und gelegentlichen Erregungszuständen und wurde am 21. III. 1895 in die Anstalt eingeliefert. Damals schon andauernd unthätig und schweigsam, dabei auffällig häufig unmotiviertes Lachen. Auf Befragen

erklärte er, dass ihm eine gewisse Anna so angenehme Sachen sage; darüber müsse er lachen.

Bei andauernd ruhigem Verhalten wurde er am 17. X. 1896 nach dem Armenhause verlegt und von dort wegen neuerlicher Erregungszustände am 26. VI. 1899 wieder in die Anstalt zurückgebracht.

Die beiden Hauptsymptome des Krankheitsbildes sind der ausgesprochene Blödsinn, der sich in dem Mangel an Initiative und in Denkträgheit offenbart, und eine Reihe unsinniger Grössenideen. Dabei entspricht der Gesichtsausdruck nicht dem Grade der Verblödung. Motorische Symptome sind bei dem Kranken nie zur Beobachtung gekommen.

Diagnose: Der Kranke bildet ein typisches Beispiel für den Ausgang der Hebephrenie in hochgradige Demenz. (Vergleiche Fall 14 voriges Semester.)

Prognose: Restitution ausgeschlossen; das Leben wird durch die Krankheit nicht bedroht.

---

29. Pauline L . . . ., Köchin, 31 Jahre.

Klinische Vorstellung am 5. VII. 1899.

Pat. ist eine kräftig gebaute, blass aussehende Person. Sie betritt zögernd das Auditorium, sieht sich befremdet um. Während der ganzen Zeit der Vorstellung sitzt sie still auf ihrem Stuhl, ohne sich viel zu rühren. Ihre Ausdrucksbewegungen sind spärlich; sie antwortet präcise, aber mit leiser, eintöniger Stimme.

Prof. W.: „Sie sind die Langer?“ „Ja.“

„Wie alt sind Sie?“ „31 Jahre.“

„Was sind Sie?“ „Dienstmädchen.“

Pat. ist vollkommen orientiert, giebt gut Auskunft über die Stellungen, die sie bisher als Dienstmädchen und Köchin innegehabt hat.

„Was war Ihr Vater?“ „Das weiss ich nicht.“

„Das müssen Sie doch wissen!“ Nach einigem Zögern: „Mein Vater war der Kaiser Wilhelm.“

„Wo sind Sie erzogen?“ „In Dittmannsdorf.“

„Bei wem?“ „Bei Johann Georg L.“ (ihr Vater).

„Der war?“ „Handelsmann.“

„Und Ihre Mutter?“ „Das war die Königin Luise.“

„Wissen Sie das genau?“ „Ja, weil ich doch dort als kleines Kind war!“

„Wo?“ „In Berlin; da war die Königin Luise meine Mutter. Die in Dittmannsdorf hiess Anna N.“

„Das war wohl der Mädchenname der Frau Langer?“ „Ja.“

Pat. erzählt dann auf Befragen mit allen Einzelheiten, Kaiser Wilhelm sei, als sie noch ein Kind war, in Dittmannsdorf gewesen und mit ihr im Schulgarten spazieren gegangen; dabei habe er sie „mein liebes Kind“ genannt.

„Was wissen Sie von der Königin Luise, haben Sie die auch einmal gesehen?“ „Ich bin ja mit ihr spazieren gegangen.“

„Wo denn?“ „In Berlin.“

„Wie sah sie aus?“ „Gross und schlank.“

„War sie schon alt?“ „Noch nicht.“

„Da sind sie in Berlin mit ihr auf der Strasse spazieren gegangen?“ „Ja, mit ihr und den anderen; wir waren ja alle zusammen, die Königin und der Kaiser, und Prinz Friedrich Karl und dessen Gemahlin, und noch Kinder und ich.“

„War das oft der Fall, dass Sie mit diesen spazieren gegangen sind?“ „Ich bin bin ja auch öfter mit dem Adjutanten gegangen.“

„Wie alt waren Sie damals?“ „Ich konnte schon gut laufen.“

Als Pat. darauf aufmerksam gemacht wird, dass sie unmöglich die Tochter der Königin Luise und des Kaisers Wilhelm sein könne, da letzterer der Sohn der Königin Luise sei, schweigt sie, macht Verlegenheitsbewegungen, äussert aber schliesslich mit Bestimmtheit: „Sie hat aber Luise geheissen, und ich habe Mama zu ihr gesagt; ich heisse Wilhelmine Luise von Preussen.“ Sie bleibt dabei, dass beide ihre Eltern seien. Den Widerspruch, der in der Jahreszahl des Todes der Königin Luise und ihrem eigenen Alter liegt, giebt sie zu, ohne ihn aber erklären zu können.

Prof. W.: „Sagen Sie, wie kam es aber, dass Sie bis vor einem Jahr Dienstmädchen waren?“ „Weil ich das nicht gewusst habe.“

„Und seit wann wissen Sie es?“ „Seit ich hier bin; da ist es mir eingefallen, dass der Kaiser Wilhelm mein Vater ist.“

„In der ganzen Zwischenzeit hatten Sie es vergessen, wie erklären Sie sich das.“ „Ja durch die Misshandlungen.“

„Von wem?“ „Vom Vater.“

„Also vom L.?“ „Ja.“

„Hat der Sie oft geschlagen?“ „Ja, und er hat mich bei den Beinen genommen und mit dem Kopf aufgehauen an die Erde und an die Wand.“

„Ist das öfter vorgekommen?“ „Nun das darf nicht oft vorkommen.“

„Warum nicht?“ „Weil da der Kopf sehr leidet.“

„Hat Ihnen Ihre Mutter da nicht beigestanden?“ „Gegen den war ja nicht einzuschreiten, der war doch so wütend, so böse.“

„Wie kam es dann aber, dass Ihnen alles wieder einfiel?“ „Das weiss ich nicht, das ist mir so eingekommen.“

„Wann?“ „Hier in der Anstalt. Ich bin ja inzwischen öfter daran erinnert worden, habe es aber immer wieder vergessen.“

„Von wem sind Sie erinnert worden?“ „1890 war ja der Kaiser bei mir gewesen.“

„Wo war er denn bei Ihnen gewesen?“ „In der Friedrich-Wilhelmstrasse, wie ich bei Schw. in Stellung war.“

„Was wollte er da?“ „Ich sollte mit ihm, und da war ich nicht angezogen, und da kam er Nachmittag wieder, da war ich wieder nicht angezogen, weil ich es vergessen hatte.“

„Sagen Sie, haben Sie es vielleicht den Leuten angemerkt, dass sie Sie für etwas besonders hohes hielten?“ „Ach nein.“

„Oder haben Sie es sagen hören?“ „Nein.“

„Haben Sie Stimmen gehört?“ „Ich habe darüber nachgedacht. Es ist ein grosses Buch drüben, da habe ich gesehen, dass ich photographiert bin mit der Königin Luise.“

„Das war Ihr Bild?“ „Ja, und da habe ich mich daran erinnert.“

„Weshalb sind Sie nun eigentlich hier in die Anstalt gekommen?“ „Weil ich krank war.“

„Was für eine Krankheit hatten Sie?“ „Ich habe nicht gewusst, was ich mache. Ich bin herumgefahren, wo ich nicht sollte.“

„Was meinen Sie damit?“ „Ich hatte doch nichts zu thun in Neustadt. Ich wollte ja nach Berlin fahren, und der Zug war fort. Da habe ich mir ein Billet nach Neustadt gelöst. Ich habe solche Angst gehabt, ich konnte halt da nicht bleiben, wo ich war, und da bin ich fortgefahren.“

Auf Befragen erzählt Pat. weiter ausführlich von dem Beginn ihrer Erkrankung, dem sie mit Einsicht gegenübersteht. Sie berichtet, wie Unruhe oder Angst sie fortgetrieben hätten, wie ihr auf dem Bahnhof der Gedanke gekommen wäre, nach Neustadt zu fahren, wo, wie sie in der Zeitung gelesen, eine Sonnenfinsternis zu sehen gewesen sei. Dort habe sie den ganzen Tag beten und in die Sonne schauen

müssen, da sie sich eingebildet habe, die Welt ginge unter, wenn sie es nicht thäte.

Von Neustadt trieb es sie wieder nach Schnellewalde zu einem Bruder. Hier hat sie, ohne vorher Speise oder Trank zu sich zu nehmen, die ganze Nacht (es war Februar) unter der Hausthür im Gebet zugebracht, um gleich am nächsten Morgen nach Neisse weiter zu fahren. Dort hat man sie ins Krankenhaus gebracht und bald hierher nach Breslau überführt. Noch während der Droschkenfahrt in die Anstalt wollte sie aus dem Wagen springen.

Eine Intelligenzprüfung ergiebt, dass das Gedächtnismaterial der Pat. ein recht gutes ist. Daten aus ihrer Jugend, wie Namen der Lehrer, der Mitschülerinnen kann sie genau angeben.

Auch ihre Schulkenntnisse sind gut. U. a. giebt sie richtig als Grund für den Wechsel von Tag und Nacht die Umdrehung der Erde um ihre Achse an und weiss, dass von der Erde nichts herunterfallen kann wegen der Anziehungskraft der Erde. Ihre Merkfähigkeit ist nicht beeinträchtigt.

Besprechung: Pat. ist am 23. II. 1899 in die Anstalt aufgenommen. Keine Heredität. Normale Entwickelung. Seit ihrem 14. Lebensjahr als Köchin und Dienstmädchen thätig. Seit Juni 1898 lebte sie in Breslau von ihren Ersparnissen, nachdem sie in der letzten Zeit häufig ihren Dienst gewechselt. November 1898 Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Beziehungswahn, sie behauptet, fremde Leute seien in ihrem Zimmer gewesen und hätten Gift in ihre Speisen gethan. Um Neujahr 1899 Stimmen zum Teil imperatorischen Charakters, zum Teil beschimpfend und bedrohend. Dann akutes Stadium, wie sie es selbst während der Vorstellung geschildert. Im Krankenhause zu Neisse verweigerte sie jede Nahrung, äusserte allopsychische Angstvorstellungen, sie würde verbrannt u. a. m.

In der Anstalt geordnetes Benehmen, aber Missdeutung der Umgebung: sie bekomme Schlafpulver, um recht fest zu schlafen, damit sie nicht merke, wenn man sie verbrenne. Ausserdem Phoneme und autochthone Gedanken, zwischen denen nicht scharf unterschieden wird. Hier keine Angst. Nahrungsaufnahme genügend, Schlaf auf Schlafmittel ausreichend. Sie liegt die ganze Zeit über zu Bett, verkehrt nicht mit den anderen Kranken, zeigt weinerliches Wesen.

Am 12. VI. kommt sie zum ersten Male mit ihren originären Grössenideen zum Vorschein. Inhalt derselben so ziemlich der gleiche wie heute. Sie giebt ausdrücklich an, dass ihr alle diese Gedanken erst hier in der Anstalt gekommen seien.

Ein Symptom tritt bei der Kranken in sehr reiner Form auf, das sind die Erinnerungsfälschungen. Sie hat Erinnerung an Erlebnisse, die nie vorgekommen sind. Der Inhalt derselben sind Grössenideen, die sich knüpfen an die Abkunft: originäre Verrücktheit. Bekanntes Krankheitsbild, das gewöhnlich langsam und schleichend ansteigt und von vornherein die autopsychische Desorientierung in Form von Grössenwahn zeigt. In diesem Falle sind es nachweislich Erinnerungsfälschungen, die den Grössenwahn zum Ausdruck bringen. Die Mehrzahl der Fälle gehört Übergangsformen zur Hebephrenie an und geht von vorne herein in Blödsinn über. Im vorliegenden Falle ist der Verlauf durch ein eingeschobenes akutes Stadium der Ratlosigkeit abweichend.

---

30. Frau Sch ....

Klinische Vorstellung am 9. VII. 1899; voriges Semester Fall 25.

Patientin zeigt in allen wesentlichen Zügen dasselbe Krankheitsbild wie bei der vorigen Demonstration. Die somatopsychischen Symptome, die abnormen Sensationen im Unterleibe, als Zwillingsschwangerschaft gedeutet, bilden genau wie früher die Grundlage, auf welcher sich eine mehr und mehr den ganzen Bewusstseinsinhalt umfassende Systembildung aufbaut. Erinnerungsfälschungen und retrospektiver Beziehungswahn wirken täglich umändernd auf dieselbe ein.

Pat. giebt an, bei der früheren Vorstellung bemerkt zu haben, wie Prof. W. bei einer ihrer Äusserungen bleich geworden und erschrocken sei. Sie habe in den Tagen darauf wahrgenommen, was dies zu bedeuten hatte. Prof. W. nämlich stecke mit einem ihrer Verfolger, dem Dr. A., unter einer Decke und verdächtige sie, dass sie eine venerische Frau sei. Auch ist es ihr nicht mehr so ganz sicher, dass ihr vermeintlicher Schwängerer wirklich ihr Bestes gewollt hätte. Auch dessen Vater habe sie ein Mal vergewaltigt.

Sie verkennt die Situation in derselben Weise wie das vorige Mal; während sie damals aber die Möglichkeit einräumte, dass die anwesenden Herren Studierende der Medizin seien, ist sie jetzt nicht

mehr davon abzubringen, dass es Juristen sind und über sie und ihre Angelegenheiten abzuurteilen hätten.

Sie hat eine ganze Masse neuer Gründe dafür, dass sie eine hervorragende Persönlichkeit sei: Die Öffentlichkeit beschäftigt sich mit ihr. Sie hat in der Zeitung mit vermeintlicher Beziehung auf ihre Zwillingsschwangerschaft gelesen: «Ich staune, ich staune, ich staune, die Herzen, die klopfen.» Auf einer Eisenbahnfahrt seien ihr Leute nachgefolgt; im Nebencoupé habe man über sie gesprochen. Ihre Feinde wollten sie eines grossen Vermögens berauben und hielten sie deswegen in der Anstalt zurück — alles Angaben, die sie das vorige Mal nicht machte, obwohl ihr das Krankenexamen dazu gute Gelegenheit bot. Gefragt, warum sie alles das früher verschwiegen hätte, äussert sie, übrigens im krassen Widerspruch zu ihrer Mitteilsamkeit, dass sie immer nur das sage, wonach sie gefragt werde.

Der im vorigen Semester gestellten Prognose entsprechend hat die Psychose bei noch gut erhaltener formaler Denkthätigkeit Fortschritte gemacht. So tritt nunmehr die allopsychische und autopsychische Desorientierung, letztere im Sinne der Grössenideen, mehr zu Tage, während die somatopsychischen Symptome die gleichen geblieben sind.

---

31. G . . . .

Klinische Vorstellung am 9. VII. 1899; vgl. vor. Sem. Fall 30.

Der Kranke sieht nunmehr gesund und kräftig aus und zeigt ein geordnetes Verhalten. Er geht und bewegt sich wie ein normaler Mensch und beantwortet prompt alle an ihn gerichteten Fragen. Von körperlichen Symptomen besteht noch ein mässiger Tremor der Hände; die Facialisparese ist geschwunden, die Pupillen sind gleich weit und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Zunge zeigt beim Herausstrecken noch etwas Tremor.

Der früher kolossale Gedächtnisdefekt hat sich bedeutend eingeengt. Pat. weiss jetzt über seine Familienverhältnisse sehr gut Bescheid und vermag auch über seine Militärzeit, die bei der vorigen Vorstellung sich als so ziemlich einziger Erinnerungsrest aus seinem Leben erwies, viel genauere Angaben zu machen. Dagegen ist von Schulkenntnissen auch jetzt sehr wenig vorhanden: das Einmaleins steht ihm nur sehr bruchstückweise zur Verfügung. Mangelhafte Schulbildung — Pat. ist polnischer Herkunft — dürfte dies genügend erklären.

Dagegen lassen seine schlechte Merkfähigkeit (8716 nach 7' als 1800 6 und 4) und eine mangelhafte Urteilsfähigkeit mit Sicherheit auf einen Defekt schliessen. So nimmt er an, dass sein früherer Brotherr, in der Absicht seine Abreise aus N. zu vereiteln, dahin gewirkt hätte, dass ihm auf dem Bahnhofe kein Billet verkauft worden wäre. Prof. W. hält er noch immer für den Arzt aus Brigischdorf.

Im übrigen ist Pat. in jeder Hinsicht orientiert und besitzt ein seinem Bildungsgrade angemessenes Verständnis für die Situation.

Besprechung: Der Zustand, den Pat. im vorigen Semester darbot, besserte sich gegen Ende des Januar 1899, doch traten zunächst noch in kürzeren Zwischenräumen Anfälle von ängstlicher Benommenheit ein, in denen Pat. die Nahrung verweigerte, kongestioniert aussah, und sich unter der Bettdecke versteckte. Er gab dann hinterher an, er hätte neben seinem Bett eine Schlange gesehen. Diese epileptoid gefärbten Anfälle, deren Dauer zunächst mehrere Tage bis eine Woche betrug, wurden immer seltener und kürzer. Der letzte Anfall trat vor 4 Wochen auf und dauerte $^1/_2$ Stunde.

Die damals gestellte Diagnose der Paralyse ist zufolge dem günstigen Krankheitsverlaufe dahin zu präzisieren, dass es sich um eine Pseudo- oder Alkohol-Paralyse handelt, ein Krankheitsbild, das der syphilitisch bedingten Paralyse sehr ähnlich sieht und andrerseits viele Berührungspunkte mit der polyneuritischen Psychose zeigt.

Nachtrag.

Fall 1. Else B. Etwa vom 20. Mai ab allmähliche Beruhigung, vom 7. Juni ab Kollaps ähnlicher Zustand, Herzschwäche mit vereinzelten maniakalischen Anklängen, allopsychischer Desorientierung, initiativer Akinese, psychischer Erschöpfbarkeit. Es werden starke Reizmittel verabreicht. Davon allmälige Erholung und Eintritt in Rekonvaleszenz. Am 5. Juli konnte Pat. mit Krankheitseinsicht vorgestellt werden. Schulkenntnisse erheblich reduziert, Merkfähigkeit nicht ganz gut, Kopfrechnen schlecht. Verhalten und Ausdruck nicht dement.

Fall 2. Frau K. am 1. V. 1899 geheilt entlassen.

Fall 3. Gottlieb K. im wesentlichen unverändert.

Fall 4. Arthur P. am 27. V. 1899 geheilt entlassen.

Fall 5. Adolf N. am 29. VI. geheilt entlassen.

Am Tage vorher zum 2. Mal vorgestellt. Sein Kräftezustand hat sich bedeutend gehoben. Sein Wesen ist offen und freundlich. Für die psychotischen Symptome hat er völlige Einsicht. Seine Merkfähigkeit ist jetzt gut. (8716 nach 15′ reproduziert.

Stimmen habe er wohl nicht gehört. Die Schimpfworte und Drohungen wären von bestimmten Kranken wirklich geäussert worden, auch hätten die Kranken ausgespuckt; aber es wäre krankhaft gewesen, dass er das auf sich bezog, es geschehe das jetzt noch alle Tage, aber er wisse, dass ihn das nichts angehe. Er sehe jetzt, dass die andern Kranken auch alles auf sich bezögen.

Dass er geschlagen worden sei, wäre Einbildung gewesen. Er hätte nachts immer aus dem Bette gewollt und da hätte ihn der Wärter wohl scharf anpacken müssen. Dies hätte er missdeutet.

Es wäre ihm alles so trübe vorgekommen, er hätte sich eingebildet, seine Angehörigen wären im Armenhaus durch seine Schuld, und deshalb hätte er sich einen Mörder genannt, wie er jetzt sagt, übertriebener Weise.

Die Spiegelung, von der er bei der ersten Vorstellung sprach, erklärt er jetzt als eine komplizierte optische Vision. Als seine Frau ihn einmal besuchte, wäre es ihm gewesen, als ob sich eine Dunstschicht über den Körper legte, und als ob es sich an der Wand durch einen Schimmer, wie eine Fata morgana, nicht durch geschriebene Worte, andeutete, es würde ihm noch einmal gut gehen, er solle nur recht sparsam sein und sich ein Beispiel nehmen in der Anstalt.

Dass er so Angst gehabt hätte um seine Angehörigen, sei auch krankhaft gewesen, denn wenn er auch finanzielle Schwierigkeiten gehabt hätte, so hätte ihm doch sein Vater, auf den er sich verlassen könnte, versprochen, diese zu regeln. Jetzt wisse er, dass sein Geschäft gut gehe, und er freue sich darauf wieder zu arbeiten.

Er giebt zu, für 30—40 Pf. Schnaps getrunken zu haben, macht sich aber deswegen keine Vorwürfe mehr; das bringe das Geschäft so mit sich. Auf die grosse Gefahr hingewiesen, die für ihn im Alkohol-

genuss liegt, äussert er, er habe sich schon von selbst vorgenommen, nichts mehr zu trinken.

Fall 6. Frau N. beruhigte sich vom 17. Juni ab, vom 20. Juni bis 3. Juli geordnet, Krankheitseinsicht. Dann Rückfall bis zum 15. Juli, rasche Beruhigung bis zu Krankheitseinsicht. Am 19. Juli zum 2. Mal vorgestellt.

Fall 7. Katharina J. am 2. VI. 1899 geheilt entlassen.

Fall 8. Emil B. am 14. VI. 1899 gestorben.

Fall 9. Eduard K. unverändert.

Fall 10. Louise F. unverändert, mit dementem Gesicht, akinetische, parakinetische Symptome immer noch ausgesprochen.

Fall 11. Bertha H. jetzt meist mit offenen Augen, Unterhaltung möglich, klagt über Schmerzen im Kopf und in allen Gliedern, das Sprechen fällt ihr noch schwer, kann die Zunge zunächst nicht vorstrecken, dieselbe sei zu kurz. Auf energische Verbalsuggestion gelingt es ihr schliesslich unter ataktischen Mitbewegungen. Krankheitseinsicht, Merkfähigkeit gut, keinerlei Defekte. Am 22. Juli wieder vorgestellt, giebt sie auch über ihre Krankheit gut Bescheid. Gesichtsausdruck komponiert. Eintritt in die Rekonvalescenz.

Fall 12. August B. zeigt jetzt zeitweilig auch schwere hypochondrische Symptome, wird zeitweilig aggressiv, sonst unverändert.

Fall 13. Rosa M. vom 24. Mai ab unter Morphiumbehandlung rasche Besserung, so dass Pat. am 29. Mai schon allein gehen konnte. Am 2. VI. gebessert in Familienpflege entlassen.

Fall 14. Frau K. unverändert akinetisch.

Fall 15. Emil A. unverändert.

Fall 16. Auguste T. unverändert.

Fall 17. Frau H. Unter Jodkalium- und darauf folgender Quecksilberbehandlung bedeutende Besserung, konnte am 22. Juli als Rekonvalescentin vorgestellt werden.

Fall 18. Frau K. Am 19. Juli wieder vorgestellt. Wesentlich verschlimmert, nicht mehr ratlos. Versteht Fragen nicht, erkennt die Uhr nicht. Echolalie.

Fall 19. Gustav D. am 8. Juni unverändert in eine Pflegeanstalt der Provinz entlassen.

Fall 20. Wilhelm W. unverändert.

Fall 21. Martha G. am 28. VI. normal entbunden. Vorher Nachlass des Affektes, genügende Nahrungsaufnahme, im ganzen etwas besser, nach der Entbindung bis jetzt wieder affektvoller.

Fall 22. Louise M. unverändert.

Fall 23. Fr. D. unverändert.

Fall 24. Adolf L. unverändert.

Fall 25. Stephan P. am 12. Juli ungeheilt entlassen.

Fall 26. Carl K. unverändert.

Fall 27. August J. starb am 17. Juli an Altersschwäche.

Fall 28—31 unverändert.

Schlussbesprechung.

Den chronischen Psychosen bezw. paranoischen Zuständen gehören die Fälle 3, 19, 20, 24, 28, 29 und 30 an, 7 von im ganzen 31 Fällen. Davon zeigen zwei, die Fälle 19 und 29, ziemlich rein den Befund einer autopsychischen Desorientierung in der Form des Grössenwahns. Auf die besondere Entstehungsweise des Falles 19 von Prophetenwahn wurde schon im vorigen Semester hingewiesen. Der Fall 29 ist jetzt ein ziemlich reines Beispiel sogenannter originärer Verrücktheit. Nur die Entstehungsweise ist auch hier ungewöhnlich, indem offenbar ein ziemlich akutes Initialstadium auto- und allopsychischer Ratlosigkeit die Krankheit eingeleitet hat. Ein ätiologisches Moment hat sich nicht ermitteln lassen, Heredität oder organische Belastung liegt nicht vor.

Eine residuäre Autopsychose liegt in dem Falle 24 von epileptischer Degeneration vor, insofern ein religiöser Grössenwahn mässigen Grades besteht. Ihm beigemischt ist ein ebenso mässiger Schwachsinn von specifisch epileptischer Färbung. Fall 28 H. zeigt sich überwiegend autopsychisch, demnächst aber auch allopsychisch desorientiert, bietet aber zugleich den tiefen Blödsinn der vorgeschrittenen Fälle von Hebephrenie. Fall 3 ist, wie im vor. Sem. der Fall 10, infolge mangelhafter anamnestischer Daten irrtümlich als akute Hallucinose vorgestellt worden. Der bisherige Verlauf hat erwiesen, dass es sich um die chronische Form der hallucinatorischen Allopsychose oder mit anderen Worten um eine chronische Hallucinose auf alkoholistischer

Basis handelt. Die beiden Fälle 20 und 30 sind Beispiele chronisch ascendierender Somatopsychose oder hypochondrischen Verfolgungswahns. Bei F. 20 W. steht der später sicher zu erwartende Grössenwahn noch aus, er gehört jetzt in das Gebiet der Allo-Somatopsychosen. Die früher (siehe vor. Sem.) nicht beobachteten Schimpfparoxysmen vervollständigen jetzt das Krankheitsbild. Bei Frau Sch. ist auch der Grössenwahn schon vorhanden, so dass eine totale chronische Psychose jetzt vorliegt. Der Verlauf hat sich aber bis jetzt milder gestaltet, als erwartet worden war, und namentlich ist die Motilität noch nicht ergriffen worden (siehe vor. Sem.).

An die chronischen Fälle schliessen sich die teils geheilten, teils der Heilung nahen paranoischen Stadien akuter Psychosen an. Davon zeigte der Fall 2 der Fr. K. zeitweilig dieselbe Desorientierung auf autopsychischem und allopsychischem Gebiete, wie die im vor. Sem. (Fall 28) vorgestellte Fr. G. Fälle der Art, die ich vorläufig als gemischt sensomotorische akute Psychosen bezeichnet habe (s. vor. Sem.), scheinen verhältnismässig häufig zu sein. Der reduzierte Kräftezustand infolge eines langwierigen Magenleidens ist hier wieder das auslösende Moment für die akute Psychose, zugleich besteht aber hereditäre Disposition.

Fall 25 zeigt den paranoischen Zustand nach einer postepileptischen Somatopsychose, die auch die Motilität beteiligt und zu dem Erklärungswahn einer Verdoppelung der Persönlichkeit geführt hat. Die Desorientierung verweist den Fall in das Gebiet der Auto-Somatopsychosen.

Fall 31 G. zeigt uns eine Heilung mit nicht unerheblichen Defekten. Das akute Krankheitsbild imponierte zunächst als Paralyse, hatte aber Berührungspunkte mit epileptischen und polyneuritischen Psychosen. Die im vor. Sem. gestellte Diagnose einer alkoholischen Pseudoparalyse ist durch den relativ guten Ausgang bestätigt worden.

Überwiegend, nämlich in 21 Fällen, sind akute Psychosen vorgestellt worden. Dabei ist der Fall 13 von allgemeiner Chorea mitgerechnet, was wegen der maniakalischen Beimischungen zum Krankheitsbilde gerechtfertigt ist.

Ein Fall einfacher reiner Manie stand auch in diesem Semester nicht zur Verfügung. Dagegen bot Fall 1 der Else B. ein exquisit maniakalisches, zugleich aber zur Verwirrtheit gesteigertes Stadium einer zusammengesetzten, d. h. in ganz differenten Zustandsbildern

ablaufenden Psychose. Die Kranke hatte früher (s. vor. Sem.) das Bild einer komplizierten Motilitätspsychose mit typischer motorischer Ratlosigkeit geboten. Dass sie jetzt in eine maniakalische Phase kam, schien uns von günstiger Vorbedeutung, und in der That ist nach mancherlei Fährlichkeiten (s. Nachtrag) eine Heilung mit relativ geringfügigen Defekten erzielt worden.

Fall 8 ist ein typisches Beispiel paralytischer Manie und deshalb, wie gewöhnlich, nicht rein. Die ganze Krankheit zeigt verschiedene Stadien, dem der Manie folgt das einer hyperkinetischen Motilitätspsychose, welche rasch zur Erschöpfung und zum tödlichen Ausgange führt.

Fall 12 zeigt den paralytischen Grössenwahn ohne gleichzeitige Manie, als paralytische exaltierte Autopsychose ein häufig anzutreffendes, meist aber nicht beständiges Krankheitsbild.

Die Psychose durch Zwangsvorstellungen, Fall 27, ist ein selten reines Beispiel dieser an sich schon seltenen Affektion, welche als Autopsychose durch intrapsychische Parafunktion infolge krankhaft gesteigerter Erregbarkeit der Ausgangsvorstellungen zu definieren wäre. Trotz langer Dauer und gleichmässiger Intensität des Krankheitsbildes zeigt es durch seine affektvolle Färbung die Zugehörigkeit zu den akuten Psychosen.

Von affektiver Melancholie hat sich in diesem Semester kein Beispiel geboten. Dagegen zeigt sich das vorläufig nur den Wert einer Habitualform bietende Krankheitsbild der depressiven Melancholie in seinen beiden hauptsächlichen Varietäten vertreten. Fall 15 zeigt uns die intrapsychische Afunktion und Akinese mit schwerem körperlichen Krankheitsgefühl durch hypochondrische Sensationen — im Kopf und in der rechten Seite — einhergehend, Unglücksgefühl und Kleinheitswahn ähnlich wie bei der affektiven Melancholie. Das in der augenblicklichen Phase gleich bleibende, einfache Krankheitsbild ist im wesentlichen eine Auto-Somatopsychose. Die maniakalische Phase steht noch aus.

Dagegen zeigt Fall 17 der Frau H. überwiegend Symptome des Ausfalls und könnte mit dem gleichen Recht als primäre Demenz bezeichnet werden. Dass es in dem akuteren Anfangsstadium an Äusserungen somatopsychischer Desorientierung nicht gefehlt hat, muss dem hochgradigen Defekt gegenüber zurücktreten. Es sind namentlich paralytische Psychosen, welche oft ein ganz reines derartiges

Bild von depressiver Melancholie produzieren, sichere Kennzeichen der Paralyse brauchen erst später hinzuzutreten. Im vorliegenden Falle hat sich der Verdacht einer nicht eigentlich paralytischen, aber doch luetischen Psychose bestätigt, da Pat. anscheinend infolge spezifischer Medikation vollständig wieder hergestellt werden wird.

Von Angstpsychosen sind 4 Fälle vorgestellt worden, nämlich die Fälle 5, 21, 22 und 23. Davon ist einer, Fall 22 der Louise M., schon im vor. Sem. als Fall 8 vorgestellt worden. Der Vergleich des jetzigen Zustandes mit dem damaligen lässt erkennen, dass die Desorientierung fortgeschritten ist, so dass jetzt alle 3 Bewusstseinsgebiete ergriffen sind. Namentlich stehen jetzt die hypochondrischen Klagen im Vordergrund. Während der ganzen Krankheitsdauer war aber der Angstaffekt das dominierende Symptom, so dass es noch jetzt, trotz der vorgeschrittenen Desorientierung, gezwungen wäre, etwas anderes als eine Angstpsychose zu diagnostizieren. Die zeitweilig sehr erheblichen motorischen Symptome aber sind wieder abgeklungen und stellen sich somit als ein Wellengipfel dar, welcher der übrigen langsam ansteigenden (extensiven) Krankheitskurve gewissermassen aufgepfropft ist.

Die Fälle 5 und 21 sind Angstpsychosen von rascherem Ablauf, wenigstens ist dies für den Fall 21 der Martha G. auch noch zu hoffen. Schwere Emotionen, Gravidität und infolge beider Ursachen heruntergekommene Ernährung sind die ersichtlichen Ursachen für die Erkrankung der Martha G. Die Desorientierung betrifft wie gewöhnlich nur die Persönlichkeit, doch wird während der Vorstellung die Situation ängstlich missdeutet, so dass ein gewisser Grad allopsychischer Desorientierung ebenfalls besteht. Vergleicht man die im vor. Sem. vorgestellten Fälle von Angstpsychose damit, so scheint sich eine gewisse Gesetzmässigkeit in dieser Hinsicht herauszustellen. Andererseits hatte Pat. Adolf N. Fall 5 auch hinsichtlich der augenblicklichen Situation die volle Orientierung. Nur auf der Höhe der Angst in der ersten akutesten Zeit ging dieselbe zeitweilig verloren. Bemerkenswert ist in diesem Falle der phantastische Kleinheitswahn, der die unleugbar vorhandene Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der affektiven Melancholie noch steigert.

Ein besonderes Gewicht möchte ich auf die Vorstellung der Frau D., Fall 23, legen. Sie zeigt uns eine besondere, nicht so selten vorkommende Form der Angstpsychose, wobei ausschliesslich oder fast

ausschliesslich das autopsychische Gebiet betroffen ist. Es dürfte auch kein Zufall sein, dass Hallucinationen dabei ganz fehlen. Dass in einer früheren, sonst ganz ähnlichen Krankheit vorübergehend die allopsychische Orientierung gelitten hatte und auch Hallucinationen auftraten, ist oben schon berichtet worden. Es wäre wünschenswert, die grosse Ähnlichkeit dieses Krankheitsbildes mit der affektiven Melancholie in der Benennung zum Ausdruck zu bringen, ich finde aber keine recht passende Bezeichnung. Als Ursache wird man ausser nachweisbarer Familienanlage das Klimakterium beschuldigen müssen. Konsequenter Weise ist die Krankheit den Autopsychosen zuzuweisen.

Da der Verlust der Orientierung in allen Fällen von Angstpsychose das autopsychische Gebiet betrifft, dürfte es zweckmässig sein, die Angstpsychosen trotz ihrer somatopsychischen Begründung sämtlich den Autopsychosen zuzurechnen. (Vgl. die Schlussbesprechung im vor. Sem., S. 106.)

Von akuten Allopsychosen sind zwei Fälle, nämlich 7 und 9, vorgestellt worden. Der häufigste Fall von Allopsychose, das Delirium tremens, wurde diesmal nicht berücksichtigt. Fall 7 der Katharina J. zeigt die allopsychische Desorientierung wie beim Delirium tremens an einen deliranten Zustand mit Beschäftigungsdrang geknüpft, unterscheidet sich aber durch den weit zurückreichenden autopsychischen Defekt und die ganz andersartige Ätiologie. Gegen die polyneuritische Psychose ist die Krankheit durch die auffallend gute Merkfähigkeit scharf abgesetzt. Als Bezeichnung dürfte sich empfehlen: postepileptische delirante Allopsychose.

Fall 9 des Eduard K. bietet durchaus das Durchschnittsbild der sogenannten polyneuritischen Psychose, dabei aber ein Plus von cerebralen Symptomen: Gangstörung und Stauungspapille, welche zur Diagnose eines alkoholistischen Hydrocephalus internus berechtigen. Von grossem prinzipiellen Interesse ist die Steigerung der Allopsychose zur Asymbolie, wie sie bei der zweiten Vorstellung demonstriert werden konnte. Sie ist mir schon mehrfach vorgekommen und hätte sonst leicht übersehen werden können.

Von Presbyophrenie (vgl. vor. Sem. S. 104) bot sich erst nach Abschluss dieser Notizen ein typisches Beispiel. Es hat sich herausgestellt, dass bei sonst typischen Fällen von Presbyophrenie die allopsychische Desorientierung zeitlich sehr wechseln kann, so dass es

gerade deshalb nicht gelungen ist, rechtzeitig einen reinen und vollständigen Fall zu demonstrieren.

Als akute postepileptische Aut-allopsychose stellt sich der Fall 4 des Arthur P. dar. Zur Zeit der Vorstellung trat allerdings die inhaltliche Störung gegen die der Epilepsie zuzurechnende Allgemeinerscheinung der Benommenheit, durch welche die Bezeichnung als Dämmerzustand gerechtfertigt wird, sehr zurück.

Von akuten Motilitätspsychosen sind die beiden Gegensätze der hyperkinetischen und der akinetischen Motilitätspsychose durch gute Beispiele vertreten. Fall 6. Frau N. konnte in der zweiten Intermission mit Krankheitseinsicht, aber noch sehr labiler Gemütslage und Resten von unmotivierten Bewegungen vorgestellt werden. Dabei erfuhr man von allerhand Erklärungswahnideen: dass Pat. geglaubt hatte, zu schweben, die Wolken zu zerteilen, im Himmel zu sein. Übrigens war Pat. unglücklich über ihre Krankheit, leicht ermüdbar und zu eingehender Untersuchung schlecht geeignet. Ein Rückfall schien bevorzustehen.

Frau K., Fall 14, ist, ziemlich unverändert, dieselbe Kranke, die auch im vor. Sem. als akinetische Motilitätspsychose vorgestellt worden ist. Sie verfällt jetzt sichtlich trotz ausreichender Ernährung. Körpergewicht im Abnehmen.

Frau Louise F., Fall 10, verharrt mässig akinetisch in, wie es scheint, definitivem Blödsinn. (S. den Nachtrag.)

Frau K., Fall 18, welche als typisches Beispiel motorischer Ratlosigkeit vorgestellt wurde, ist motorisch freier geworden und konnte bei der zweiten Vorstellung am 19. Juli ziemlich gut sprechen, sowie alle verlangten Aufträge ausführen. Tremor der Glieder, grobschlägiger Tremor der Zunge und Stimme, Silbenstolpern, emotionelle Inkontinenz, grobe Gedächtnisdefekte, die sich bis auf das 1×1 erstreckten, Demenz von kindlichem Anstrich traten dabei zu Tage und sichern die gestellte Diagnose einer paralytischen Begründung des Leidens. Sehr auffallende Echolalie dabei.

Auch die Kranken 11 und 16 gehören in einem gewissen Sinne zu den Motilitätspsychosen. Bei Fall 11, Bertha H., war eine Akinese mässigen Grades als Rest einer lang dauernden hochgradigen Akinese bei der ersten Vorstellung noch sehr ausgesprochen, bei der zweiten noch nachweisbar. Bei Fall 16, Frl. T., zeigten sich hyperkinetisch-parakinetische Symptome einem hebephrenisch begründeten Defekt-

zustand beigemengt. Die beiden Fälle gehören aber auch insofern zusammen, als sie Beispiele zusammengesetzter, d. h. in verschiedenen Phasen ablaufender Psychosen darstellen. Bertha H. bot vor ihrer schweren komplizierten akinetischen Motilitätspsychose ein Monate dauerndes Stadium allopsychscher Desorientirung, Frl. T. war zuerst eine wenn auch nicht ganz reine, affektive Melancholie. Übrigens gehören auch die Fälle 1, 8, 10, 12, 14, 15, 18 zu den zusammengesetzten Psychosen.

Den Schluss dieser Besprechung soll der komplizierteste aller vorgestellten Fälle, der Techniker K., Fall 26, bilden. Seine Vorstellung erfolgte wesentlich zu dem Zweck, die merkwürdige Mischung, das Ineinanderfliessen verschiedener Bewusstseinszustände zu demonstrieren. Im übrigen handelt es sich um eine akute, in Schüben verlaufende Psychose, welche teils im nebeneinander, teils in zeitlicher Aufeinanderfolge ebenso die Orientirung in allen 3 Bewusstseinsgebieten wie die Motilität beteiligt hat und einer Restitution immer noch zugänglich erscheint. Die meiste Ähnlichkeit mit uns bekannten Fällen bietet noch der Fall M. 29 des vor. Sem.

Nachtrag I.

Nachtrag I vom vorigen Semester.

Fall 1. Fr. H. 22. II. 1899 ungeheilt nach Pflegeanstalt.

Fall 2. Else B. s. dieses Sem. Fall 1.

Fall 6. Frau K. s. dieses Sem. Fall 14.

Fall 8. Louise M. s. dieses Sem. Fall 22.

Fall 10. K. weiter desorientiert, infolge körperlicher Sensationen sehr ablehnend und öfter aggressiv.

Fall 11. Frau G. am 12. VII. 1899 vorgestellt, noch delirant, anscheinend etwas besonnener, jetzt vorwiegend phantastisch hypochondrische Vorstellungen, glaubt den Körper einer anderen Kranken zu haben. Allgemeinbefinden leidlich. Widerspruchsvoller Gedankeninhalt.

Fall 13. Louise H. am 12. VII. 1899 vorgestellt. Unverändert, kein Grössenwahn.

Fall 14. Lina D. am 23. I. 1899 unverändert nach Pflegeanstalt entlassen.

Fall 15. Hedwig F. desgl. am 29. IV. 1899.

Fall 17. Arthur Z. unverändert.

Fall 18. Sch. 3. II. 1899 gebessert entlassen. Jetzt zu Hause im Endstadium der Paralyse.

Fall 20. Wilhelm W. s. dieses Sem. Fall 20.

Fall 21. Luise Fl. s. dieses Sem. Fall 10.

Fall 23. Herr Sch. unverändert.

Fall 24. K. starb am 30. IV. 1899. Die Sektion ergab doppelseitiges Haematom und den erwarteten Rindenbefund. Hirngewicht 1175 gr.

Fall 25. S. am 31. V. 1899 unverändert nach einer Pflegeanstalt entlassen.

Fall 26. Fr. Sch. s. dieses Sem. Fall 30.

Fall 27. Kl. im April 1899 geheilt entlassen. Stellte sich am 15. VII. 1899 wieder vor. Vollkommene Krankheitseinsicht. Keine Defekte.

Fall 29. M. am 23. IV. 1899 geheilt entlassen.

Fall 30. Gottlieb G. s. dieses Sem. Fall 31.

Fall 31. Gustav D. s. dieses Sem. Fall 19.

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.

Schletter'sche Buchhandlung, Breslau.

Psychiatrische Abhandlungen

herausgegeben von

Dr. Carl Wernicke

Medizinalrat und o. ö. Professor in Breslau.

Heft 1. **Heilbronner,** Dr. med. **Aphasie und Geisteskrankheit.**

Heft 2. **Bonhoeffer,** Dr. med. **Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen.**

Heft 3/4 **Heilbronner,** Dr. med. **Über Asymbolie.**

Heft 5. **Sachs,** Dr. med., Privatdocent. **Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen.**

Heft 6. **Bonhoeffer,** Dr. med., Privatdocent. **Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten.**

Heft 7/8. **Liepmann,** Dr. phil. et med. **Ein Fall von reiner Sprachtaubheit.**

Heft 9. **Gaupp,** Dr. med. **Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse.**

Heft 10/11. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau.**

Heft 12. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Über die Klassifikation der Psychosen.**

Heft 13/15. **Wernicke,** Dr. med., Prof. **Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau.**

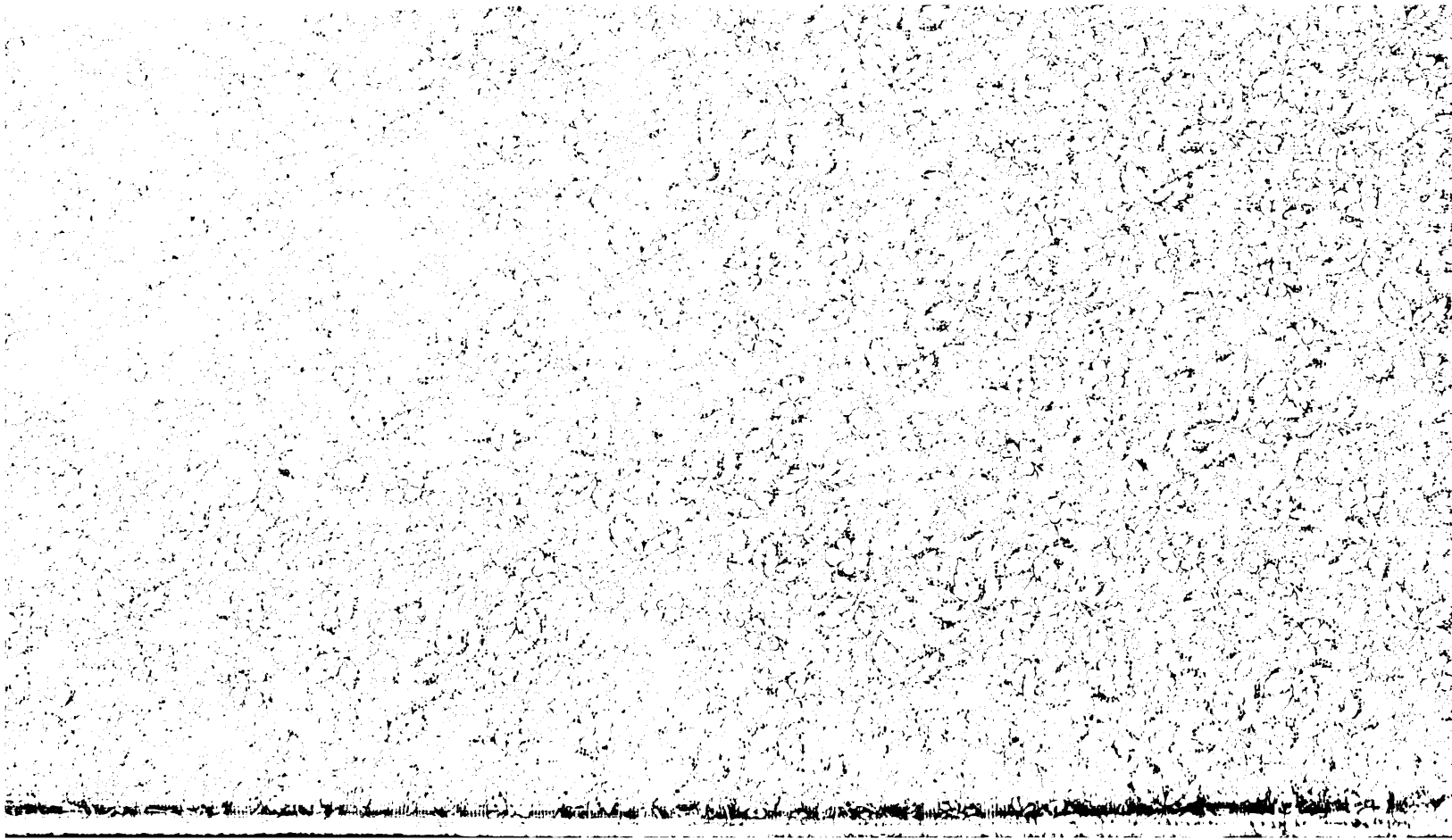
Die Abhandlungen erscheinen in zwanglosen Heften von ungefähr 2 Bogen Umfang oder entsprechend stärkeren Doppelheften und bilden je 15 eine Serie. Der Einzelpreis eines Heftes beträgt M. 1,00, der Subskriptionspreis für eine Serie M. 11,25.

Schuftan, Adolf, Dr. med. **Botanik für Mediciner.** M. 2,80. geb. M. 3,60.

Weigert, Karl, Dr. Geheimrat Prof. **Beiträge zur Lehre von den Pocken.** I. Teil M. 4,00; II. Teil M. 1,80.

Wernicke, Karl, Prof. Dr. und Medizinalrat. **Atlas des Gehirns.** Schnitte durch das menschliche Gehirn in photographischen Originalen. Herausgegeben mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften in Berlin. Abt. I. 32 Frontalschnitte durch eine Gehirnhemisphäre. M. 75,00.

— — **Krankheiten der Inneren Kapsel.** Ein Beitrag zur Diagnose der Herderkrankungen. M. 1,25.

— — **Der aphasische Symptomencomplex.** Eine psychol. Studie auf anatom. Basis. M. 2,00.

Druck von Gebrüder Böhm, Kattowitz O.-S.